Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H.A. Hirsch

AUFKLÄRUNG UND KOMMUNIKATIONSPROBLEME BEI GYNÄKOLOGISCHEN CARCINOMEN AUS DER SICHT VON PATIENT UND ARZT

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von
IRMTRAUD KAUFMANN
aus Tuttlingen

1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548921_0056

Aus der Frauenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H.A. Hirsch

AUFKLÄRUNG UND KOMMUNIKATIONSPROBLEME BEI GYNÄKOLOGISCHEN CARCINOMEN AUS DER SICHT VON PATIENT UND ARZT

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von
IRMTRAUD KAUFMANN
aus Tuttlingen

1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. G. Rassner

Berichterstatter: Professor Dr. S. Kunz
(Professor Dr. H. A. Hirsch)

---

gedruckt bei H. – J. Köhler, Reprografischer Betrieb , Tübingen

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung und Problemstellung	S.	2
II.	Literaturübersicht	S.	4
III.	Untersuchung	S.	11
IV.	Ergebnisse der Befragung	S.	20
V.	Diskussion	S.	67
VI.	Kritische Anmerkung	S.	90
VII.	Zusammenfassung	S.	92
VIII.	Originalfassung der Fragebogen	S.	95
IX.	Literaturverzeichnis	S.	115

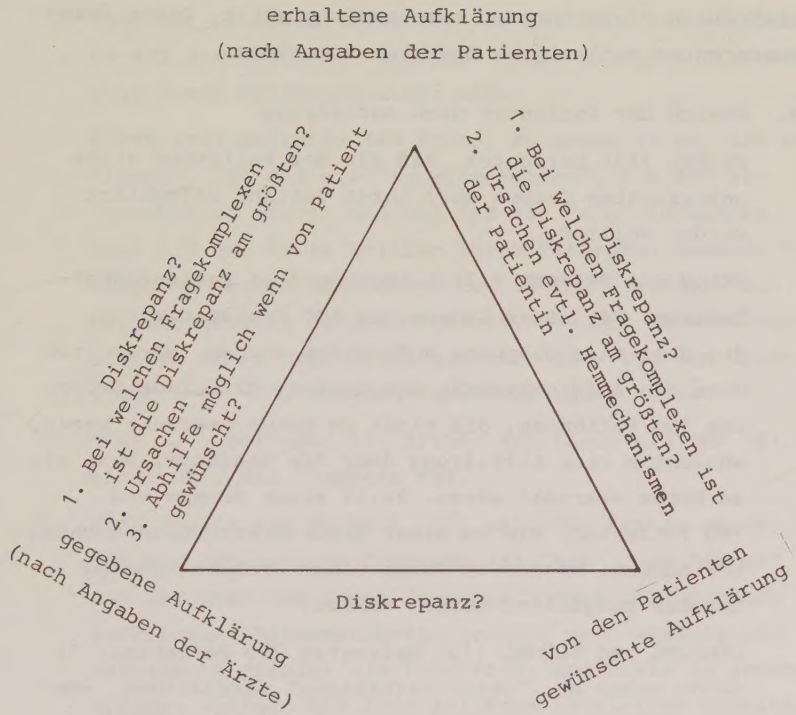
I. Einleitung und Problemstellung

Wenig untersucht wurde bisher, wie Ärzte in der Praxis mit an Carcinomen erkrankten Patienten kommunizieren; wenig bekannt sind auch die Wünsche und Bedürfnisse nach Information und die Informiertheit der Patienten.

Diese Untersuchung sollte die Probleme bei der Durchführung der Aufklärung von gynäkologischen Krebspatienten näher erfassen. Hierzu haben wir in zwei Kollektiven die Aussagen von Ärzten mit den Aussagen von Patienten verglichen.

Schema 1 soll die Problemstellung veranschaulichen:

Es interessierte auf der einen Seite die grundsätzliche Einstellung der Ärzte zur Aufklärung, die Wortwahl bei der Mitteilung der Diagnose, die Ausführlichkeit der Erklärungen der einzelnen Untersuchungen und Behandlungen und die Bereitwilligkeit, über die Probleme der Patienten zu sprechen, außerdem die Frage, ob und wieweit Angehörige in die Aufklärung mit einbezogen werden. Auf der anderen Seite interessierten Informationswünsche und -bedürfnisse und Informiertheit der Patienten über ihre Erkrankung und die damit zusammenhängenden Probleme. Ein Vergleich beider Kollektive sollte Diskrepanzen zwischen dem Informationsbedürfnis der Patienten, der Informationsweitergabe durch den Arzt und der Informiertheit der Patienten aufdecken. Ursachen für Diskrepanzen sollten gesucht werden.



Schema 1: Problemstellung (Erklärung siehe Text)

II. Literaturübersicht

Mit dem allgemeinen Problem, ob der an Krebs erkrankte Patient über die Diagnose aufgeklärt werden sollte, haben sich schon viele Autoren auseinandergesetzt. Diese Frage wurde unter zahlreichen Aspekten angegangen.

A. Wunsch der Patientin nach Aufklärung

FEIFEL (13) berichtet, daß 82% der Patienten einer untersuchten Gruppe über ihren Zustand aufgeklärt werden wollten.

KELLY und FRIESEN (22) befragten drei Patientenkollektive. 94% einer Gruppe von 100 Krebspatienten, die über ihre Diagnose aufgeklärt wurden, waren froh über die Aufrichtigkeit des Arztes, 82% einer Gruppe von 100 Patienten, die nicht an Krebs erkrankt waren, wünschten eine Aufklärung über die Diagnose, wenn sie an Krebs erkrankt wären. 98,5% einer Gruppe von 740 Patienten, die an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilnahmen, würden im Falle einer Krebserkrankung darüber aufgeklärt werden wollen.

DEMLING und FLÜGEL (10) befragten 250 Patienten. 3% davon gaben an, "keine Aufklärung" vorzuziehen, während 35% die "halbe Wahrheit" zu erfahren wünschten ("daß die Krankheit zwar ernst zu nehmen sei, daß man sie aber vermutlich werde heilen können"). 62% wollten die "volle ungeschminkte Wahrheit" wissen, wobei Patienten mit höherem Bildungsstand häufiger über eine maligne Erkrankung aufgeklärt werden wollten als solche mit geringerem Bildungsstand.

AITKEN-SWAN (2) befragte Patienten, die voll über ihre heilbare Krebserkrankung aufgeklärt wurden. 19% der Patienten leugneten, überhaupt aufgeklärt worden

zu sein, 7% bedauerten die Offenheit des Arztes und 2/3 der Patienten waren froh, die Wahrheit zu wissen..

B. Einstellung der Ärzte zur Aufklärung

Nach der Literaturübersicht von ERICKSON (12) teilen 69-90% der Ärzte die Diagnose einer malignen Erkrankung ihren Patienten nicht mit.

FITTS (14) befragte 444 Ärzte. Es gaben 3% an, daß sie "immer", 28% daß sie "im allgemeinen", 57% daß sie "gewöhnlich nicht" und 12% daß sie "nie" aufklären. Über 2/3 der Ärzte teilten ihren Patienten demnach die Diagnose selten oder nie mit. Die Ärzte wurden nach Facharztgruppen aufgeschlüsselt. 94% der Dermatologen klärten immer oder im allgemeinen auf, von den Gynäkologen noch 19%, von den Radiologen jedoch nur 12%.

OKEN (27) befragte 193 Ärzte. Von ihnen klärten 88% nicht über die Diagnose auf.

Eine Studie von RENNICK (36) mit 5000 Ärzten ergab, daß bei unheilbarem Carcinom 22% "nie", 16% "immer" und der Rest von ihnen "manchmal" über die Diagnose aufklärten. Allgemeinärzte zeigten sich weniger zur Aufklärung geneigt als Fachärzte, und Ärzte in großen Städten weniger als ihre Kollegen in kleinen Gemeinden.

FRIEDMANN (15) ermittelte, was die "Manchmal-Aufklärung" betrifft, ähnliche Ergebnisse. 25% gaben an, die Diagnose "immer" zu offenbaren, 9% der Ärzte antworteten mit "nie" und 66% mit "manchmal". Friedmann merkte an, daß viele Ärzte, die nach eigenen Angaben flexibel waren, sich in der Praxis auf die Patientin nur schwer einstellen konnten.

C. Argumente für die Aufklärung

ERICKSON (12) spricht sich für die Aufklärung aus, weil es viele nichtkontrollierte und nichtverbale Äußerungen im Verhalten des Personals gibt, die der Patient wahrnimmt, dadurch unsicher wird, nach versteckten Hinweisen und Doppelsinnigkeiten sucht, das Vertrauen zu Arzt und Pflegepersonal verliert und schließlich auch an sich selbst zu zweifeln beginnt. Die Wahrheit ruft zwar eine emotionale Krise hervor, was aber weniger schmerzvoll ist, wenn aufgestaute Gefühle verbal ausgedrückt werden können.

PEMBERTON (30) argumentiert folgendermaßen:

- Der Patient hat das Recht, die Wahrheit zu erfahren, da er allein seine Verpflichtungen kennt.
- Wenn man dem Patienten das Wissen über seine Erkrankung abspricht, beraubt man ihn seiner Eigenverantwortlichkeit. Ohne Verantwortlichkeit kann sich der Mensch jedoch nicht weiterentwickeln. Er wird aufhören, mit anderen zu kommunizieren, er lebt und stirbt in Isolation und Einsamkeit.
- Der Patient hat das Recht, die Wahrheit zu erfahren, da das Arzt-Patient-Verhältnis auf gegenseitiger Achtung und Vertrauen basiert.

LITIN (25) fügt an:

- Geheilte Personen sollen wissen, daß sie Krebs hatten, um anderen Mut zuzusprechen und den Mythus von der Unheilbarkeit der Krebserkrankung abzubauen.
- Patienten, die die Diagnose wissen, sind kooperativer.
- Die Angst des Patienten wird umso größer, je stärker er das Gefühl hat, daß der Arzt wegen des Ausmaßes der Erkrankung die Wahrheit ihm nicht mitzuteilen wagt.

Neben SIMONTON (37) spricht sich RENNEKER (35) für die Aufklärung über die Diagnose deshalb aus, weil er damit eine bessere Abwehr der Krebserkrankung in Verbindung bringt. Eine kranke Person lenkt ihre ganze Energie auf den Kampf gegen den Krankheitsprozeß. Diese ist im allgemeinen nicht ausreichend, aber mit Hilfe von medizinischen Maßnahmen wird sie zu einer bedeutenden Kraft. Der Krebspatient sollte lernen, daß er vom Arzt unterstützt, gegen das Carcinom ankämpfen kann.

D. Argumente gegen die Aufklärung

LITIN (25) spricht sich gegen die Aufklärung aus

- wenn die Vorgeschichte des Patienten ernste emotionale Krisen vorhersagen lasse und
- wenn Ärzte selbst so starke Angst vor Krebs haben, daß sie mit ihrer Information dem Patienten erst recht Angst vermitteln.

E. Stadien der Verarbeitung

RENNEKER (35) gibt folgende Phasen an, die der Patient im allgemeinen bei der Diagnose Krebs durchläuft:

1. Initialer Schock mit akuter Angst und Depression
   Diese Phase ist meist kurz oder nicht vorhanden, wird jedoch von Ärzten und Angehörigen am meisten gefürchtet.
2. Frühe Maßnahmen, mit der Lebensgefahr umzugehen
   Diese Phase ist durch Verdrängung gekennzeichnet, dauert relativ kurze Zeit und wird von der Realitätszuwendung abgelöst.
3. Ausweitung der zweiten Phase
   In dieser Phase gewinnt der Patient allmählich ein neues Bild von sich mit veränderten Perspektiven, Zielen, Verhaltensweisen. Die neue Realität wird verarbeitet und angenommen.

KÜBLER-ROSS (24) gliedert die Verarbeitung in fünf Phasen:

1. Nichtwahrhabenwollen und Isolierung
2. Zorn, der sich ohne erkennbaren Anlaß in alle Richtungen ergießt und den Umgang mit dem Patienten erschwert
3. Verhandeln, um dadurch das Unvermeidliche hinauszuschieben
4. Depression
5. Zustimmung, die Zeit der letzten Ruhe vor einer langen Reise. Die Familie braucht in dieser Zeit mehr Hilfe, Unterstützung und Verständnis als der Patient selbst.

Über spezielle Probleme bei der Aufklärung von Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen liegt hingegen nur wenig Literatur vor. Meist gibt diese eine Stellungnahme des Autors wider, wenig Literatur beinhaltet Ergebnisse von Patientenbefragungen. Die folgenden, nur kurz aufgeführten Literaturangaben über die speziellen Probleme bei der Aufklärung werden im Diskussionsteil dieser Arbeit den eigenen Ergebnissen gegenübergestellt und an jener Stelle ausführlicher besprochen. Folgende Teilaspekte wurden untersucht:

A. Aufklärung aus der Sicht von Arzt und Patient

RASPE (31) verwies auf die große Diskrepanz zwischen Informationsbedürfnissen der Patienten und tatsächlichem Wissen über Diagnose und Therapie.

OKEN (27) merkte an, daß Ärzte über die Diagnose mit möglichst allgemeinen Begriffen aufklärten.

READER (32) beobachtete, daß Patienten die ihnen mitgeteilten medizinischen Begriffe zwar widergeben, nicht jedoch erklären konnten.

B. Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Als Ursache unbefriedigender Interaktion zwischen Arzt und Patient wurden von AITKEN-SWAN (2), COCKERILL (8) und COMAZZI (9) Verdrängungsmechanismen angeführt; BERNSTEIN (6), CARTWRIGHT (7), GOLDEN (16), HINTON (18), PALMER (28) und WAITZKIN (39) verwiesen auf Sprachbarrieren zwischen Arzt und Patient, SIMONTON (37) suchte einen Zusammenhang zwischen mangelndem Selbstbewußtsein und Passivität des Krebspatienten.

C. Spezielle Probleme bei der Aufklärung von gynäkologischen Carcinomen

Die entscheidende Bedeutung eingehender Aufklärung für die psychische Verarbeitung gerade bei gynäkologischen Erkrankungen unterstrichen AMIAS (34), HEYDE (17), JANIS (21) und RENNEKER (34), da neben dem Organverlust zusätzlich die Rolle der Frau in Frage gestellt sei. VINCENT (38) untersuchte hierzu spezielle Fragen und Probleme der Patientinnen.

D. Krankheitsverarbeitung

Als entscheidenden Faktor zur Krankheitsbewältigung führte HINTON (18) und ADDIE (1) eine gute Beziehung und ausführliche Gespräche zwischen Arzt und Patient an. Entscheidend sind nach HINTON auch die Religion und nach BECK (5) berufliche Integration sowie Integration in die Familie.

E. Arzt und Angehörige

ADDIE (1), LITIN (25) und PEMBERTON (30) befaßten sich eingehender mit der Frage, ob und wieweit Angehörige in die Aufklärung mit einbezogen werden sollten.

In einer Befragung von FRIEDMAN (15) zeigten sich Angehörige über die Diagnose besser aufgeklärt als die Patienten selbst.

III. Untersuchung

A. Methode

Vor Aufstellung des Fragebogens an die Patienten wurden mit Carcinompatientinnen der gynäkologischen Abteilung der Universitätsfrauenklinik Tübingen zunächst unstrukturierte Gespräche geführt, um die Problematik der Aufklärung näher kennenzulernen. Anschließend wurde mit einer Mitarbeiterin des Psychologischen Instituts der Universität Tübingen ein Fragebogen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ausgearbeitet, der den Patientinnen nach Hause zugeschickt wurde. Die Fragen wurden vorsichtig formuliert, um die Patientinnen nicht zu beunruhigen. Eine geringere Aussagekraft mußte dadurch in Kauf genommen werden. Der Patientenfragebogen beinhaltet mehr Fragen, als bei der Auswertung berücksichtigt werden. Die zusätzlichen Fragen sollten den Patientinnen helfen, sich besser an die einzelnen Etappen ihrer Erkrankungen zu erinnern.

Der Fragebogen an die Ärzte wurde außer einigen zusätzlichen Fragen weitgehend dem an die Patienten gerichteten angeglichen (Originalfassung der Fragebogen S.95)

Die Befragungen begannen im Herbst 1976 und wurden im Frühjahr 1977 abgeschlossen.

B. Themen der Befragung

(Der Ergebnis- und Diskussionsteil ist nach folgendem Schema numeriert)

A. EINSTELLUNG DER ÄRZTE ZUR AUFKLÄRUNG

1. Inhalte der Aufklärung
2. Aufklärung über die Prognose
3. Wunsch der Patientin nach Aufklärung aus der Sicht des Arztes
4. Einflußnehmende Faktoren bei der Aufklärung

B. ARZT UND ANGEHÖRIGE
   1. Ärztliche Einstellung bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung
   2. Wunsch der Patientin bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung
   3. Gesprächsverlauf

C. SPEZIELLE PROBLEME BEI GYNÄKOLOGISCHEN CARCINOMEN

D. AUFKLÄRUNG AUS DER SICHT DER PATIENTIN UND DES ARZTES
   1. Begriffe zur Diagnosemitteilung nach Angaben von Arzt und Patient
   2. Begründung einer Bestrahlungs-, Radium- oder Zytostatikatherapie
   3. Erklärung einer Unterleibsoperation bei Uteruscarcinom
   4. a) Belehrung über Vita sexualis nach der Behandlung
      b) Einstellung der Patientin, ob der Arzt das Thema Geschlechtsverkehr ansprechen sollte
      c) Sexuelles Verhalten nach der Behandlung

E. INFORMATIONSDEFIZITE
   1. Informationsdefizite
   2. Nicht besprochene Themen

F. INFORMATIONSQUELLEN DER PATIENTIN

G. SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DES INFORMATIONSGRADES VON BZW. DER INFORMATIONSWEITERGABE AN PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE
   1. Angaben über Informationsweitergabe und Informationsgrad aus der Sicht von Arzt und Patient
   2. Informationsweitergabe an Angehörige aus ärztlicher Sicht

H. KOMMUNIKATION ZWISCHEN ARZT UND PATIENT
   1. Frageverhalten der Patientin

2. Passivitätsgründe aus der Sicht der Patientin und des Arztes

I. KRANKHEITSVERARBEITUNG

1. Faktoren der Krankheitsverarbeitung
2. Definition des Begriffes "Gute Betreuung"
3. Gespräch als hilfreicher Faktor

K. BEZIEHUNG ARZT-PATIENT

1. Selbstverständnis des Arztes
2. Funktion des niedergelassenen Arztes

C. Befragte Kollektive

1. Patientengruppe

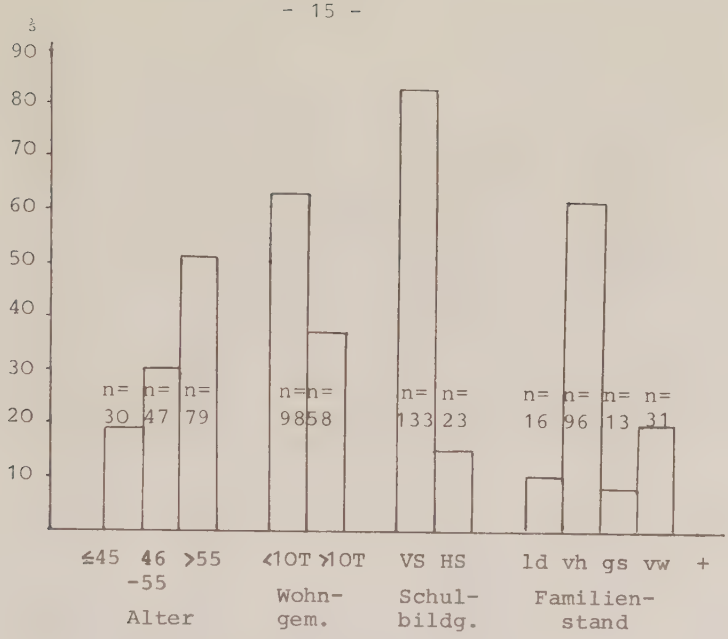
Befragt wurden die Patientinnen mit Mamma-Carcinom und Unterleibs-Carcinom der Stadien I bis III, die von Januar 1973 bis Juli 1976 in das Carcinom-Register der Universitätsfrauenklinik Tübingen neu aufgenommen wurden, soweit deren Akten im Juli 1976 im Archiv vorlagen. Zwischen der Befragung und Behandlung lag somit ein Zeitraum von drei Monaten bis dreieinhalb Jahren. Von der Umfrage ausgeschlossen wurden Patientinnen, die vor 1900 geboren sind und Patientinnen, in deren Journal ausdrückliche Hinweise auf fraglich bekannte Malignität, Depression oder sehr schlechten Allgemeinzustand gefunden wurde. Das Echo auf die Umfrage war positiv. Von den 195 um Mitarbeit gebetenen Patientinnen schickten 156 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Einige Patientinnen baten um persönliche Gespräche zur Klärung verschiedener Probleme.

Im folgenden wurde das Patientenkollektiv nach den wichtigsten Parametern aufgeschlüsselt.

Die Altersverteilung mit Berücksichtigung der Zeiträume Prämenopause (≤45 Jahre), frühes Klimakterium (46 - 55 Jahre), spätes Klimakterium mit Senium (>55 Jahre) zeigt ein Überwiegen der Patientinnen im späten Klimakterium. Der größte Teil der Patientinnen kam aus kleinen Wohngemeinden, hatte Hauptschulbildung und war verheiratet (Schema 2).

Bei den jüngeren Patientinnen war der Anteil derer, die eine höhere Schulbildung hatten, im Vergleich zu den älteren Patientinnen höher. In der Verteilung der Einwohnerzahl der Wohngemeinde nach der Altersgruppe ergab sich kein nennenswerter Unterschied (Tabelle 1).

Nur 17 der 156 Patientinnen waren wegen Mamma-Carcinom in Behandlung; bei den 139 Patientinnen mit Genital-Carcinom überwiegten Collum- und Corpus-Carcinom (Schema 3). Die Genital-Carcinome wurden in der Hälfte der Fälle mit gleichzeitiger Operation und Bestrahlung behandelt (Schema 4).

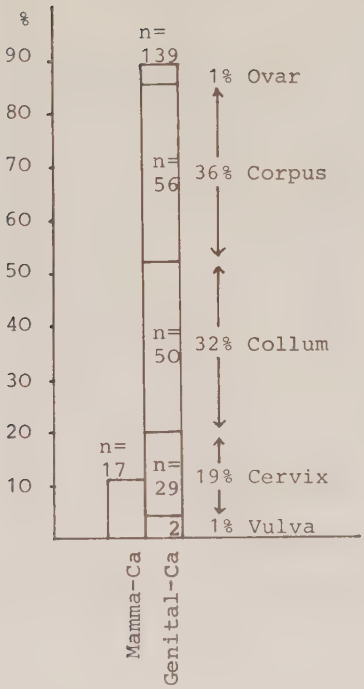


(+ Abkürzungen siehe S. 21)

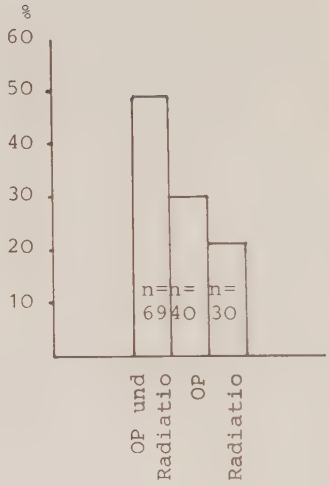
Schema 2: Verteilung der Patientengruppe nach Alter, Einwohnerzahl der Wohngemeinde, Schulbildung und Familienstand

		Alter ≤45	46-55	>55
Schul-bildg.	Hauptschule	17	29	54
	höhere Schule	30	35	35
Einwoh-nerzahl	<10000	17	32	52
	>10000	22	28	50

Tab. 1.: Verteilung von Schulbildung und Einwohnerzahl des Wohnortes nach dem Alter der Patientinnen (Angaben in %)



Schema 3: Verteilung der Erkrankunsart



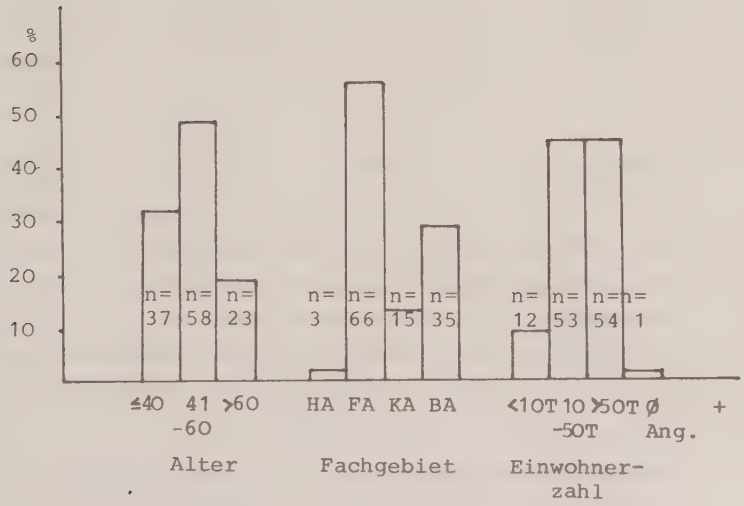
Schema 4: Verteilung der Behandlungsart bei Genital-Carcinom

2. Ärztegruppe

Insgesamt wurden 173 in Baden-Württemberg tätige Frauenärzte angeschrieben. 119 Fragebogen wurden ausgefüllt zurückgeschickt.

Im folgenden wurde das Ärztekollektiv nach den wichtigsten Parametern aufgeschlüsselt.

Die Hälfte der Ärzte war zwischen 41 und 60 Jahre alt, die Mehrzahl waren niedergelassene Frauenärzte. Sie kamen zu etwa gleichen Teilen aus mittleren und großen Städten (Schema 5).



(+ Abkürzungen siehe S. 21)

Schema 5: Verteilung der Arztgruppe nach Alter, Fachgebiet, Einwohnerzahl des Praxisortes

In der jungen Altersgruppe waren Klinikärzte überrepräsentiert, die Altersverteilung nach der Einwohnerzahl ergab keine wesentlichen Unterschiede (Tabelle 2).

		Alter		
		≤40	41-60	>60
Fachgebiet	Hausarzt	0	66	34
	niedergel. Frauenarzt	21	61	18
	Klinikarzt	53	20	27
	Belegarzt	23	54	23
Einwohnerzahl	<10 T.	18	64	18
	10-50 T.	28	51	21
	>50 T.	25	53	22

Tab. 2: Verteilung des Fachgebietes und der Einwohnerzahl des Praxisortes nach Arztalter (Angaben in %)

D. Anmerkung zur Auswertung

Nicht immer waren alle Fragen im Fragebogen beantwortet. Zur Auswertung wurde die Summe der auf die jeweilige Frage antwortenden Patienten bzw. Ärzte (n) gleich 100 % gesetzt und die relative Häufigkeit der einzelnen Antwortmöglichkeiten berechnet. Die Dezimalen der Prozentzahlen wurden auf- bzw. abgerundet (≧0,5 aufgerundet).

Antworten der Patienten wurden, soweit möglich, mit Antworten der Ärzte verglichen. Außerdem wurden Zusammenhänge zwischen dem Antwortverhalten und den Sozialdaten von Patienten und Ärzten und zwischen dem Antwortverhalten auf verschiedene Fragen gesucht. Die Ergebnisse wurden mit vorhandener Literatur verglichen.

Wegen der geringen Anzahl der befragten Patienten bzw. Ärzte und wegen des explorativen Charakters dieser Untersuchung sind die Prozentzahlen und Tabellen nur zur Illustration und besseren Vergleichbarkeit verwendet. Auf eine Prüfung auf statistische Signifikanz wurde entsprechend den Empfehlungen des Instituts für medizinische Datenverarbeitung und des Instituts für medizinische Biometrie aus obigen Gründen verzichtet.

IV. Ergebnisse der Befragung

Nachfolgend werden die an die Ärzte und Patienten gerichteten Fragen inhaltlich geordnet aufgeführt. Im direkten Anschluß an die entsprechende Frage werden die Antworten mit der Aufschlüsselung nach Sozialdaten des jeweiligen Befragungskollektivs sowie evtl. Korrelationen mit Antworten auf andere Fragen tabellarisch dargestellt und in einem kurzen Text erklärt.

Da einzelne Fragen nicht von allen Patienten bzw. Ärzten beantwortet wurden, ergaben sich bei der Auswertung der einzelnen Fragen verschieden große Kollektive. Damit dennoch eine schnelle Orientierung möglich ist, wurde nur die Gesamtzahl n der auf die Frage antwortenden Patienten bzw. Ärzte angeführt und bei den einzelnen Antwortmöglichkeiten der prozentuale Anteil errechnet. Wenn Mehrfachantworten möglich waren, wurde darauf hingewiesen.

Im Diskussionsteil dieser Arbeit werden die nachfolgenden Ergebnisse ausführlicher diskutiert und den Meinungen und Untersuchungsergebnissen anderer Autoren gegenübergestellt. Diese Form der Darstellung sollte bei der Vielzahl der Themengruppen die Übersichtlichkeit gewährleisten.

Folgende Abkürzungen wurden verwendet:

FA	=	niedergelassener Frauenarzt
KA	=	Klinikarzt
BA	=	Belegarzt
HA	=	Hausarzt
Pat	=	Patient
VS	=	(Volks-) Hauptschule
HS	=	höhere Schule
ld	=	ledig
vh	=	verheiratet
gs	=	geschieden
vw	=	verwitwet
T	=	Tausend
GV	=	Geschlechtsverkehr

A. EINSTELLUNG DER ÄRZTE ZUR AUFKLÄRUNG

1. a) Inhalte der Aufklärung

Frage : Welche Themen besprechen Sie bei der Aufklärung Ihrer Patientin?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=108 Ärzte)

Diagnose	84
grobe Anatomie und Funktion des betroffenen Organs	84
Funktionsausfall durch die Erkrankung	82
Therapieverlauf	81
Therapiedauer	72
Therapiebegründung	72
Therapiefolgen	70
Therapiekomplikationen	67

Etwa 80 % aller Ärzte besprechen Diagnose, Anatomie und Funktion des betroffenen Organs, den Funktionsausfall durch die Erkrankung und den Therapieverlauf. Therapiedauer, -begründung, -folgen und -komplikationen werden von etwa 70 % der Ärzte besprochen.

Vereinzelt wurde von Ärzten als zusätzlich gegebene Information aufgeführt:

- Folgen für eheliche Beziehungen
- Intimhygiene
- Einflüsse aufs weitere Leben je nach Art der Erkrankung
- schlechte Prognose bei verzögerter Therapie
- Schwierigkeitsgrad bei Operationen

1. b) Um die Ausführlichkeit der Aufklärung erfassen zu können, wurde errechnet, wieviel Prozent der Ärzte in den entsprechenden Gruppen (Fachgebiet, Alter, Größe des Wohnortes) durchschnittlich alle Themen besprechen.

Korrelation:
Ausführlichkeit der Aufklärung -
Sozialdaten des Arztes
(Angaben in %)

	Fachgebiet			Arztalter		
	FA	KA	BA	≤40	41-60	>60
Ausführlichkeit der Aufklärung	69	87	84	81	75	70

	Wohngemeinde		
	≤10T	10-50T	>50 T
Ausführlichkeit der Aufklärung	72	71	82

Klinikärzte, junge Ärzte und Ärzte aus größeren Wohngemeinden geben vermehrt eine umfangreiche Aufklärung.

2. a) Aufklärung über die Prognose

Frage : Wann besprechen Sie die Prognose?

Antwort : (Angaben in %, n=94 Ärzte)

Keine Aufklärung bei schlechter Prognose	24
In Einzelfällen Aufklärung auch bei schlechter Prognose	76

Etwa 1/4 der Ärzte lehnt eine Aufklärung bei schlechter Prognose grundsätzlich ab.

2. b) Korrelation:
Aufklärung über die Prognose -
Sozialdaten des Arztes
(Angaben in %)

keine Aufklärung bei schlechter Prognose	Arztalter ≤40	41-60	>60	Fachgebiet FA	KA	BA
	20	26	27	26	0	17

Die Bereitschaft, bei schlechter Prognose aufzuklären, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Kein Klinikarzt gab an, bei schlechter Prognose grundsätzlich nicht aufzuklären.

3. a) Wunsch der Patientin nach Aufklärung aus der Sicht des Arztes

Frage : Glauben Sie, daß die Patientinnen bei schlechter Prognose tatsächlich aufgeklärt werden wollen?

Antwort : (Angaben in %, n=116 Ärzte)

ja	24
nein	70
ja und nein	5

Fast 3/4 der Ärzte verneinten, wobei kein Altersunterschied in der Beantwortung ersichtlich war.

Einige Ärzte merkten an, diese Frage sei nicht generell zu beantworten, da Bildungsstand, Alter, Religion und dergleichen eine Rolle spielten.

4. a) Einflußnehmende Faktoren bei der Aufklärung

Frage : Welche Gesichtspunkte sind für Sie ausschlaggebend bei der Aufklärung?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=118 Ärzte)

keine Aufklärung, wenn Sie den Eindruck haben, daß das Wissen um die Diagnose die Patientin belastet	56
ausführliche Aufklärung, wenn die Patientin danach fragt	56
Sie warten ab, welche Fragen die Patientin stellt. Diese beantworten Sie wahrheitsgemäß, aber Sie sagen nicht mehr, als die Patientin fragt	51
Bildungsstand der Patientin ausschlaggebend	60

Etwa jeweils 2/3 der Ärzte richten die Aufklärung nach der Belastbarkeit der Patientin, der von ihr gestellten Fragen und deren Bildungsstand.

Als handschriftlichen Kommentar wurde von einigen Ärzten folgendes Vorgehen bei der Aufklärung angegeben:

- Aufklärung individuell nach Bildung, religiöser Bindung, sozialer Situation, seelischer Tragfähigkeit
- Aufklärung so viel wie möglich bei guter und schlechter Prognose
- bei Malignität etwas verschwommene Aufklärung, Zuversicht stärken
- zuerst Aufklärung der Angehörigen, um auszuloten, wie weit ich bei der Aufklärung gehen kann
- Aufklärung für den Hausarzt und Bitte zur Weitervermittlung an die Patientin
- ich habe noch keine Patientin erlebt, die "glücklich" über die Wahrheitsliebe des

Doktors = volle Aufklärung der Patientin war. Alle voll aufgeklärten Patientinnen (von anderer Seite aufgeklärt) waren "gedrückt" - mein Eindruck ist, daß für die Patientin "Krebs = baldiger Tod" wirksam ist. Eine "barmherzig belogene Patientin" hat meines Erachtens oftmals eher Hoffnung, was ihr im möglichen Rahmen eher Lebensfreude ermöglicht.

4. b) Korrelation:
einflußnehmende Faktoren -
Fachgebiet
(Angaben in %)

	FA	KA	BA
ausführliche Aufklärung, wenn die Patientin danach fragt	45	80	65
keine Aufklärung, wenn das Wissen belastet	56	60	51

Besonders Klinikärzte richten das Ausmaß ihrer Aufklärung nach den Fragen der Patientinnen, während die Belastbarkeit der Patientinnen für Klinik- und niedergelassenen Arzt etwa gleichbewertet ist.

B. ARZT UND ANGEHÖRIGE

1. a) Ärztliche Einstellung bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung

Frage : Sprechen Sie mit der Familie Ihrer Patientin?

Antwort : (Angaben in %, n=116 Ärzte)

nein, ich spreche i.A. nur mit der Patientin	4
ich spreche i.A. nur mit der Patientin, mit den Angehörigen spreche ich nur bei sehr schlechter Prognose, die ich der Patientin nicht mitteilen möchte	35
ich spreche i.A. sowohl mit der Patientin als auch mit den Angehörigen	47
ich spreche nur mit den Angehörigen	3
widersprüchliche Angaben	11

1/3 der Ärzte gab an, nur bei schlechter Prognose mit den Angehörigen zu sprechen, die Hälfte der Ärzte bezieht die Familie grundsätzlich in die Aufklärung mit ein.

1. b) Korrelation:
Ärztliche Einstellung bzgl. Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung - Fachgebiet
(Angaben in %)

	FA	KA	BA
nein	6	0	3
nur bei schlechter Prognose auch mit Angehörigen	46	7	29
mit Patient und Angehörigen	35	80	51
nur mit Angehörigen	3	0	3
widersprüchliche Angaben	10	13	14

Niedergelassene Frauenärzte beziehen Angehörige vermehrt nur bei schlechter Prognose in die Aufklärung ein, während Klinikärzte fast immer auch mit den Angehörigen sprechen.

2. a) Wunsch der Patientin bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung

Frage : Sollte der Arzt mit der Familie über die Krankheit sprechen?

Antwort : (Angaben in %, n=39 Patientinnen)

ja, immer	63
ja, aber nur auf Veranlassung der Patientin	29
nein	6
weiß nicht	2

2/3 der Patientinnen sprachen sich für ein Gespräch des Arztes mit den Angehörigen aus, 1/3 der Frauen waren der Meinung, daß der Arzt nur auf Veranlassung der Patientin mit den Angehörigen sprechen sollte.

2. b) Korrelation:
Wunsch der Patientin bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung - Familienstand
(Angaben in %)

	ld	vh	gs	vw
ja, immer	25	67	100	45
ja, aber nur auf Veranlassung	75	27	0	33
nein	0	3	0	22
weiß nicht	0	3	0	0

Verheiratete und geschiedene Patientinnen tendieren zur Einbeziehung der Familie in das Aufklärungsgespräch, während ledige Patientinnen in 3/4 der Fälle wünschen, daß der Arzt nur auf Veranlassung mit der Familie über die Krankheit spricht.

3. a) Gesprächsverlauf

Frage : Wenn Sie mit den Angehörigen sprechen, dann ....

Antwort : (Angaben in %, n=111 Ärzte)

im Beisein der Patientin	11
in Abwesenheit der Patientin	63
widersprüchliche Angaben	26

Jeder zehnte Arzt spricht im Beisein, 2/3 der Ärzte sprechen in Abwesenheit der Patientin mit den Angehörigen.

C. SPEZIELLE PROBLEME BEI GYNÄKOLOGISCHEN CARCINOMEN

1. a) Angaben des Arztes über Ängste der Patientin bei verschiedener Therapie

Frage : Was macht nach Ihrer Erfahrung der Patientin die meisten Sorgen im Falle einer Operation (Hysterektomie und Ablatio) oder Radiatio (Radium und Bestrahlung)

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=117 Ärzte bei Frage nach OP
n=112 Ärzte bei Frage nach Radiatio)

	OP	Radiatio
Angst vor dem Eingriff	60	38
Angst vor Strahlenschäden	+	43
Angst, im Endstadium der Krankheit zu sein	+	52
Angst vor Gewichtszunahme	32	+
Angst, daß trotz Behandlung die Krankheit nicht beseitigt ist	35	38
Gefühl, keine vollwertige Frau zu sein	77	25

+ wurde in dieser Gruppe nicht gefragt

Angst der Patientin vor der Behandlung gaben bei operativer Therapie 2/3, bei Bestrahlung nur 2/5 der Ärzte an. Bei Bestrahlung führten 2/5 der Ärzte Angst vor Strahlenschäden und die Hälfte der Ärzte Angst, sich im Endstadium zu befinden, auf. Bei OP führten 1/3 Angst vor Gewichtszunahme an. Mit der Angst, daß trotz Behandlung die Gefahr nicht beseitigt ist, rechnen jeweils 2/5 der Ärzte. Insuffizienzgefühle als Frau sehen bei OP 3/4, bei Bestrahlung 1/4 der Ärzte.

D. AUFKLÄRUNG AUS DER SICHT DER PATIENTIN UND DES ARZTES

1. a) Begriffe zur Diagnosemitteilung

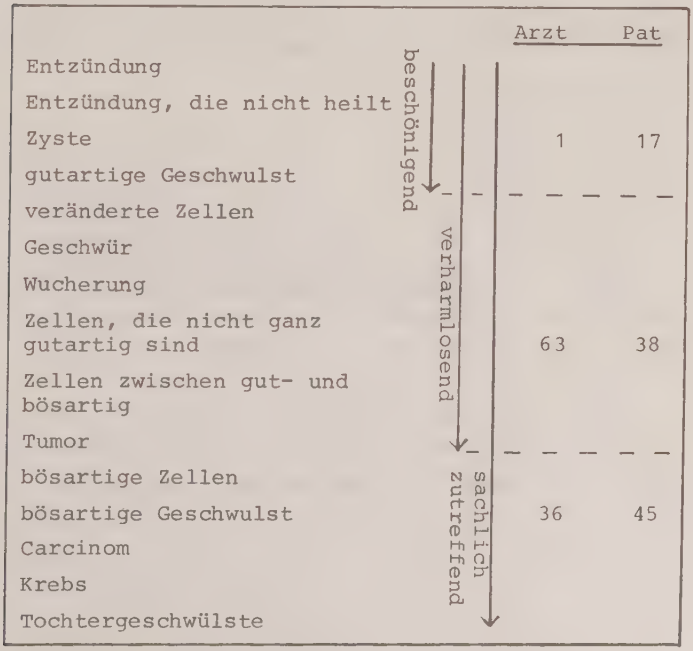
Frage an:

Arzt : Welche Worte wählen Sie, wenn Sie die Patientin über ein bösartiges Tumorleiden aufklären?

Patient : Was wurde Ihnen über die Art Ihrer Erkrankung gesagt?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=115 Ärzte, n=123 Patienten)

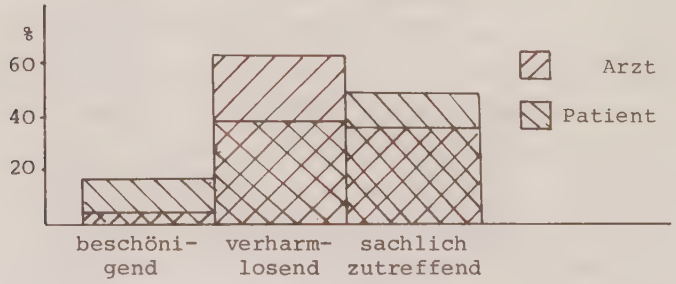
Zur besseren Übersicht wurden die Begriffe in drei Gruppen zusammengefaßt:
Die erste Gruppe beinhaltet als Enddiagnose eine beschönigende, falsche, die zweite Gruppe verharmlosende und die dritte Gruppe sachlich zutreffende Aussagen.



Etwa 3/5 aller Ärzte unterrichten die Patientinnen mit verharmlosenden Worten über die Diagnose, 2/5 gebrauchen die sachlich zutreffenden Begriffe und nur ein Arzt klärte mit beschönigenden, falschen Begriffen auf.
Fast der Hälfte der Patienten wurde die sachlich zutreffende Diagnose gesagt, etwa 2/5 wurden mit verharmlosenden Begriffen und etwa 1/5 wurde mit falschen, beschönigenden Begriffen aufgeklärt.

Vereinzelt wurden von den Ärzten als weitere Begriffe zur Mitteilung der Diagnose aufgeführt:
- Veränderungen am jeweiligen Organ, die nicht mehr als gutartig anzusehen sind
- Veränderungen, die zu Krebs führen können, wenn nicht baldigst Therapie begonnen wird
- Verdickung, Resistenz
- hier ist etwas Ernstes im Felde

1. b) Vergleich: Aussagen von Arzt und Patient



17 % der Patientinnen, aber nur ein Arzt, nannten die beschönigende, falsche Diagnose als Enddiagnose. 45 % der Patientinnen und 36 % der Ärzte gaben die sachlich zutreffende Diagnose an.

1. c) Korrelation:
Begriffe bei Diagnosemitteilung -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %)

	Alter			Schul-bildg.		Wohngem.	
	≤45	46-55	>55	VS	HS	<10T	>10T
beschönigend	0	7	26	19	0	17	11
verharmlosend	40	47	30	42	25	45	26
sachlich zutreffend	60	46	44	39	75	38	63

In der Gruppe der sachlich zutreffenden Diagnose waren Patientinnen jüngeren Alters, höherer Schulbildung und aus größeren Städten besonders vertreten.

1. d) Korrelation:
Begriffe bei Diagnosemitteilung -
Sozialdaten des Arztes
(Angaben in %)

	Fachgebiet			Arztalter		
	FA	KA	BA	≤40	41-60	>60
beschönigend	0	0	0	0	0	5
verharmlosend	75	47	50	55	66	67
sachlich zutreffend	25	53	50	45	34	28

Klinik- und Belegärzte und jüngere Ärzte entschieden sich eher zur sachlich zutreffenden Diagnose.

2. a) Begründung einer Bestrahlungs-, Radium- oder Zytostatikatherapie

Frage an:

Arzt : Wie begründen Sie eine Bestrahlungs-, Radium- oder Zytostatikatherapie?

Patient : Wie wurde bei Ihnen eine Bestrahlung oder medikamentöse Behandlung begründet?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=110 Ärzte, n=137 Patientinnen)

	Arzt	Pat
zur Sicherheit	53	53
als Vorbeugung	21	16
zur Nachbehandlung	58	19
es ist die Behandlung der Wahl	18	9
um kranke Zellen treffen zu können	45	27
etwas anderes	9	8

Nach Angaben der Patientinnen wurde das Wort "kranke Zellen" bei jeder vierten Frau gebraucht, während nach eigenen Angaben jeder zweite Arzt diese Erklärung gibt.

3. a) Erklärung einer Unterleibsoperation bei Gebärmutter-Carcinom

Frage an:

Arzt : Über welche Fakten klären Sie die Patientin im Falle einer Hysterektomie bzw. Adnexektomie auf?

Patient : Der Arzt erklärte mir (im Falle einer Unterleibsoperation):

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=116 Ärzte, n= 99 Patientinnen)

	Arzt	Pat
anatomische Verhältnisse vor der OP (welche Organe im Bauch sind)	62	19
was genau entfernt wird	94	82
was nach der Operation zurückbleibt	91	24
daß die Scheide zugenäht wird	18	6
wo die Scheide zugenäht wird	29	6
die Veränderung der Funktion (z.B. Verlust der Monatsblutung)	96	28
keine Erklärung	2	13

Nahezu alle Ärzte besprechen, was entfernt wird, welche Organe zurückbleiben und welche funktionellen Veränderungen sich daraus ergeben. 2/3 der Ärzte besprechen die anatomischen Verhältnisse vor der Operation, 1/4 der Ärzte erklären, daß und wo die Vagina zugenäht wird.

4/5 der Patientinnen gaben an, daß mit Ihnen darüber gesprochen wurde, was bei der Operation entfernt wird, jeder vierten Frau wurde gesagt, welche Organe nach der Operation zurückbleiben und welche funktionellen Veränderungen sich ergeben. 1/5 der Patientinnen erhielt eine Erklärung über die anatomischen Verhältnisse vor der

Operation. Die Erklärung, daß und wo die Vagina zugenäht wird, erhielt jede zwölfte Patientin.

Als handschriftlicher Kommentar wurden von den Ärzten folgende Erklärungen angeführt:

- daß die Gebärmutter ohne endokrinologische und sexuelle Bedeutung ist
- fragliche hormonelle Ausfallerscheinungen
- Nachbehandlung, Fluor, vaginale Stumpfbehandlung
- Altwerden, Dickwerden, Libido

3. b) Altersabhängigkeit der Besprechung funktioneller Veränderungen
(Angaben in %)

	Alter d. Pat.		
	≤45	46-55	>55
Veränderung der Funktion	75	38	0

Über funktionelle Veränderungen wurde besonders mit jüngeren Patientinnen gesprochen.

3. c) Korrelation:
keine Erklärungen vom Arzt -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %)

	Alter d. Pat.			Wohngemeinde	
keine Erklärungen vom Arzt	≤45	46-55	>55	<10T	>10T
	11	7	18	17	8
	Familienstand			Schulbildung	
	ld	vh	gs vw	VS	HS
	9	18	0 6	13	14

Über die Unterleibsoperation nicht aufgeklärt wurden vermehrt ältere Patientinnen, Frauen aus kleinen Orten und verheiratete Patientinnen.

3. d) Um die Ausführlichkeit der erfolgten Aufklärung in den entsprechenden Einteilungsgruppen zu erfassen, wurde aufsummiert, wie häufig die einzelnen Punkte in den Gruppen angesprochen wurden:

Korrelation:
Ausführlichkeit der Erklärung -
Sozialdaten der Patientin

	Alter d. Pat.			Wohngemeinde	
	≤45	45-55	>55	<10T.	>10T.
Ausführlichkeit der Aufklärung	275	188	136	176	211

	Familienstand				Schulbildung	
	ld.	vh.	gs.	vw.	VS	HS
	120	206	200	182	190	192

Fand eine Erklärung statt, so war sie bei jungen Patientinnen, Frauen aus größeren Orten und bei verheirateten Patientinnen ausführlicher. Eine Abhängigkeit von der Schulbildung besteht nicht.

3. e) Die Ausführlichkeit der Aufklärung wurde wie unter Tbl.C.3.c) errechnet.

Korrelation:
Ausführlichkeit der Erklärung -
Sozialdaten des Arztes
(Angaben in %)

	Fachgebiet			Arztalter		
	FA	KA	BA	≤40	41-60	>60
Ausführlichkeit der Aufklärung	361	427	397	429	365	335

	Wohngemeinde		
	<10T	10-50T	>50T
	335	362	404

Klinikärzte, junge Ärzte und Ärzte aus größeren Städten klären am umfangreichsten auf.

4.a(1)Belehrung über Vita sexualis nach der Behandlung

Frage an:

Arzt : Sprechen Sie von sich aus das Thema Geschlechtsverkehr nach Therapie an?

Patient : Hat der Arzt über den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung gesprochen?

Antwort : (Angaben in %, n=117 Ärzte, n=133 Patientinnen mit Unterleibs-Carcinom)

	Arzt	Pat
ja, über GV gesprochen	84	44
nein, nicht über GV gesprochen	15	56
entfällt	1	-

4/5 der Ärzte besprechen das Thema GV mit den Patientinnen, jedoch nur die Hälfte der Patientinnen gab an, daß der Arzt ihnen diesbezüglich Information gab.

4.a(2)Korrelation:
Belehrung -
Sozialdaten der Patientin, Behandlungsart
(Angaben in %)

	Alter			Familienstand			
	≤45	46-55	>55	vh.	gs.	vw.	ld.
ja, angesprochen	83	47	44	59	55	35	8
nicht angesprochen	17	53	56	41	45	65	92

	Wohngem.		Schulbild.		Behandl.	
	<1OT	>1OT	VS	HS	OP	ØOP
ja angesprochen	49	64	57	38	57	44
nicht angesprochen	51	36	43	62	43	56

Bei jüngeren, verheirateten oder geschiedenen Frauen und bei Patientinnen aus größeren Städten und mit Volksschulbildung war die Bereitschaft der Ärzte, über den Geschlechtsverkehr zu reden, größer.
Bei operativer Behandlung wurde dieses Thema etwas häufiger angesprochen als bei nicht operativer.

4.a(3)Korrelation:
Belehrung -
Gefühl, keine vollwertige Frau zu sein
(Angaben in %)

	Ansprechen des Geschlechtsverkehrs		
	ja	nein	entfällt
Gefühl, keine vollwertige Frau zu sein	78	68	50

68 % der Ärzte, die das Thema Sexualität nach Therapie nicht ansprechen, rechnen mit Insuffizienzgefühlen der Patientin als Frau, ohne Konsequenzen in der Aufklärung zu ziehen.

4.b(1) Einstellung der Patientin, ob der Arzt das Thema Geschlechtsverkehr ansprechen sollte

Frage : Sollte der Arzt vor einer Operation oder Bestrahlung mit der Patientin über die sexuelle Beziehung nach der Behandlung reden?

Antwort : (Angaben in %, n=123 Patientinnen)

ja	76
nur wenn die Patientin fragt	23
das ist nicht die Aufgabe des Arztes	1

3/4 der Patientinnen wünschten, daß der Arzt spontan, 1/4, daß der Arzt nur auf Veranlassung über die sexuelle Beziehung nach der Therapie sprechen sollte.

4.b(2) Korrelation:
Meinung der Patientin -
Sozialdaten der Patientin - Behandlungsart
(Angaben in %)

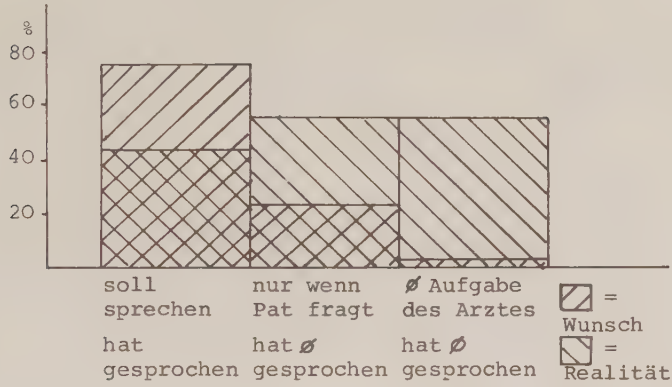
	verheiratet			ledig		
	≤45	45-55	>55	≤45	45-55	>55
ja	92	75	72	100	75	0
wenn Pat. fragt	8	25	28	0	25	86
nicht Aufgabe des Arztes	0	0	0	0	0	14

	geschieden			verwitwet		
	≤45	45-55	>55	≤45	45-55	>55
ja	100	100	100	-	100	46
wenn Pat. fragt	0	0	0	-	0	54
nicht Aufgabe des Arztes	0	0	0	-	0	0

	Schulbild.		Wohngem.		Behandl.	
	VS	HS	<10T	>10T	OP	∅OP
ja	77	73	81	70	79	70
wenn Pat. fragt	22	27	18	30	21	30
nicht Aufgabe des Arztes	1	0	1	0	1	0

Jüngere Patientinnen wünschen vom Familienstand unabhängig, daß das Thema Geschlechtsverkehr angesprochen wird. Erst in höherem Alter besteht eine Abhängigkeit zum Familienstand. Die Beantwortung war unabhängig von Schulbildung, Herkunft und Behandlungsart.

4.b(3)Vergleich Wunsch-Realität



Es besteht eine größere Differenz zwischen dem Wunsch der Patientin, daß der Arzt über das Thema Geschlechtsverkehr sprechen sollte, und der Realität.

4.c(1)Sexuelles Verhalten nach der Behandlung

Frage : Seit der Operation bzw. Bestrahlung habe ich Geschlechtsverkehr

Antwort : (Angaben in %, n=45 Patientinnen)

	Pat. allgem.	Pat. die vor Therapie GV hatten
hatte schon vor Therapie kein GV	42	-
seltener als vor Therapie	38	65
häufiger als vor Therapie	2	35
gleich oft wie vor Therapie	18	

2/5 der Patientinnen hatten schon vor Therapie keinen GV mehr. 2/3 der übrigen Patientinnen hatten nach der Behandlung seltener GV.

4.c(2)Korrelation:
Sexuelles Verhalten -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %, n=20 Patientinnen, die vor der Therapie noch GV hatten)

	Alter			Wohngem.		Schulbildg.	
	≤45	46-55	>55	<10T	>10T	VS	HS
seltener GV	25	82	86	77	54	68	57
häufiger GV / gleich oft	75	18	14	23	46	32	43

Ältere Frauen, Patientinnen aus kleinen Orten und mit Volksschulbildung wurden nach der Behandlung vermehrt sexuell passiv.

4.c(3)Korrelation:
Sexuelles Verhalten -
Härte der Diagnose
Aufklärung über GV nach Therapie
(Angaben in %)

	Diagnose		
	beschönigend	verharmlosend	sachlich zutreffend
seltener GV	100	50	43
häufiger GV / gleich oft	0	50	57

	Arzt sprach GV an	
	ja	nein
seltener GV	53	86
häufiger GV / gleich oft	47	14

Die Härte der Begriffe bei der Mitteilung der Diagnose hat keinen Einfluss auf das Sexualverhalten. Patientinnen, mit denen der Arzt nicht über den GV nach Therapie gesprochen hatte, waren hingegen vermehrt sexuell passiv.

4.c(4) Korrelation:
Informationsmangel über Beziehung zum Partner - Sexuelles Verhalten
(Angaben in %)

	vor OP kein GV	gleich GV	oft seltener GV
Informationsmangel	20	0	80
kein Informationsm.	40	7	32

Alle Patientinnen mit einem Informationsmangel über weiteres sexuelles Verhalten nach Therapie hatten keinen GV mehr.

E. INFORMATIONSDEFIZITE

1. a) Informationsdefizite

Frage : Hätten Sie gerne noch mehr Information gewünscht?

Antwort : (Angaben in %, n=156 Patientinnen)

ja	32
nein	64
keine Angaben	4

2/3 der Patienten gaben an, alle gewünschten Informationen erhalten zu haben, bei etwa 1/3 der Patienten blieben Fragen offen.

1. b) Korrelation:
Informationsdefizite -
Sozialdaten der Patienten
(Angaben in %)

	Alter			Schulbild.		Wohngem.	
	≤45	46-55	>55	VS	HS	<10T	>10T
Informations-defizite	33	41	29	31	48	29	36

Mit der erhaltenen Information unzufriedener waren Patientinnen zwischen 46 und 55 Jahren, Patientinnen mit höherer Schulbildung und aus größeren Städten.

2. a) Nicht besprochene Themen

Frage : Was hätten Sie noch gerne gewußt?

Antwort : (Angaben in %, n=50 Patientinnen mit einem Informationsmangel)

wie ich mich weiter zu verhalten habe	54
welche Nebenwirkungen und Folgen auftreten können	52
wie die Behandlung im einzelnen abläuft, wie weiterbehandelt wird	36
Art der Erkrankung	34
Folge für die Beziehung zum Partner	30
Dauer der Behandlung	22
unverstandene Dinge	16
Gründe für die Wahl dieser Behandlungsmethode	12

Die Frage nach weiterem Verhalten stand an erster Stelle, gefolgt vom Informationsbedürfnis über Nebenwirkungen und Folgen der Behandlung (~15% der gesamten Patienten). Auch über Behandlungsablauf, Art der Erkrankung und Folgen für die Beziehung zum Ehemann bestand noch ein erhebliches Informationsdefizit (~10% der gesamten Patienten). Geringer war die Informationslücke über Behandlungsdauer und Behandlungsbegründung.

Einige Patienten wollten konkrete Einzelheiten über Ernährung und andere Pharmaka, z.B. Iscador wissen. Eine Patientin, die Nebenwirkungen und Folgen der Behandlung besprochen haben wollte, merkte an: "Wie kann ein Laie wissen, welche Folgen Bestrahlungen haben können. Würde man nicht unterschreiben, so müßte man wie unter freiwilligem Zwang die Klinik verlassen".

2. b) Korrelation:
Informationsdefizit hinsichtlich der Diagnose - Begriffe zur Diagnosemitteilung
(Angaben in %)

	Diagnose		
	beschönigend	verharmlosend	sachlich zutreff.
Informationsmangel über Diagnose	29	28	11

Je offener die Diagnose dem Patienten mitgeteilt wurde, desto geringer war der vom Patienten empfundene Informationsmangel über die Diagnose.

2. c) Korrelation:
Informationsdefizit über die Folgen für die Beziehung zum Mann -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %, n=Anzahl der Patientinnen, die ein Informationsdefizit angaben)

	Alter			Alter/Familienstand			
	≤45	46-55	>55	≤45	46-55	>55	
Informationsmangel über Folgen für Beziehung zum Partner	20	44	23	8 0 0 0	24 16 0 0	12 0 0 0	vh gs ld vw

Schulbildung		Wohngemeinde	
VS	HS	<10T	>10T
31	27	48	24

Besonders verheiratete Patientinnen und Frauen aus kleinen Orten hatten vermehrt einen Informationsmangel.

F. INFORMATIONSQUELLEN DER PATIENTIN

1. a) Informationsquellen

Frage : Wo haben Sie sich über Ihre Krankheit informiert?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=136 Patientinnen)

beim Arzt	80
aus Büchern, Zeitschriften	14
im Radio, Fernsehen	10
bei Mitpatientinnen	10
bei Bekannten,die ähnliches hatten	10
bei Bekannten,die Bescheid wissen	7
anderswo	3

Die Massenmedien wurden nur von einer geringen Patientenzahl als Informant genannt.

1. b) Korrelation:
Arzt als einzige Informationsquelle - Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %, n=136 Patientinnen)

	insg.	Alter			Schulbildg.		Wohngem.	
		≤45	46-55	>55	VS	HS	<10T	>10T
Arzt als alleiniger Informant	67	79	54	70	69	55	69	63

Bei 2/3 der Patientinnen war der Arzt einziger Informant über die Krankheit. Patientinnen mit höherer Schulbildung holten sich eher noch an weiterer Stelle zusätzliche Information.

G. SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DES INFORMATIONSGRADES VON BZW. DER INFORMATIONSWEITERGABE AN PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE

1. a) Angaben über Informationsweitergabe und Informationsgrad aus der Sicht von Arzt und Patient

Frage an

Arzt : Wie weit informieren Sie Ihre Patientin bezüglich der Diagnose, Behandlungsweise, Behandlungsdauer und Prognose?

Patient : Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Art der Erkrankung, Behandlungsweise, Behandlungsdauer und den Krankheitsverlauf?

Antwort :

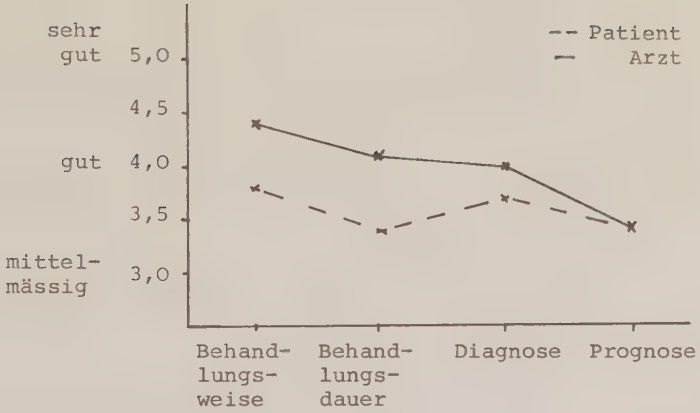
sehr gut gar nicht

Zur besseren Übersicht wurden Mittelwerte gebildet:

$$\frac{\sum \text{Bewertungsfaktor Bf} \times \text{entsprech. Zahl Ärzte/Patienten}}{\text{insgesamt antwortende Zahl Ärzte/Patienten}}$$

Bf sehr gut: 5 ↓ ↓ Bf gar nicht: 1

	Arzt	Patient
Behandlungsweise	4,4 (n=115)	3,8 (n=139)
Behandlungsdauer	4,1 (n=114)	3,4 (n=132)
Diagnose	4,0 (n=112)	3,7 (n=142)
Prognose	3,4 (n=112)	3,4 (n=138)



Am besten klären Ärzte nach eigenen Angaben über die Behandlungsweise auf, gefolgt von Behandlungsdauer und Diagnose (Tendenz gut - sehr gut). Bei der Prognose sind sie am zurückhaltensten (Tendenz mittelmäßig - gut).
Die Patientinnen fühlten sich am besten aufgeklärt über die Behandlungsweise, gefolgt von Diagnose, Prognose und Behandlungsdauer (Tendenz mittelmäßig - gut). Mit Ausnahme bei der Prognose empfanden die Patientinnen die Aufklärung insgesamt etwas schlechter als die Ärzte einschätzten.

1. b) (Die Bewertung wurde wie unter C.3.c) errechnet)

Korrelation:
Angaben der Patientin -
Sozialdaten der Patientin

	Alter			Schulbildung	
	≤45	46-55	>55	VS	HS
Behandlungsweise Behandlungsdauer Diagnose Prognose	14,3	13,3	15,6	14,3	15,6

Die Aufklärung wurde am schlechtesten von Patientinnen zwischen 46 und 55 Jahren bewertet. Patientinnen mit höherer Schulbildung waren mit der Aufklärung zufriedener als Patientinnen mit Volksschulbildung.

1. c) Korrelation:
Information über die Diagnose aus der Sicht von Arzt und Patient -
Begriffe bei Diagnosemitteilung

		Diagnose		
		beschönigend	verharmlosend	sachlich zutreffend
Information über Diagnose	Arzt	3,0	3,8	4,4
	Pat	4,2	3,5	4,0

Ärzte, die eher zur sachlich zutreffenden Diagnose neigen, schätzen ihre Aufklärung besser ein als die Ärzte, die eher die verharmlosende und beschönigende Diagnose weitervermitteln.
Aus den Patientenantworten ist diese Tendenz nicht nachweisbar.

1. d) (Die Bewertung wurde wie unter C.3.c) errechnet)

Korrelation:
Angaben der Ärzte -
Sozialdaten der Ärzte

	Fachgebiet			Arztalter		
	FA	KA	BA	≤40	41-60	>60
Behandlungsweise Behandlungsdauer Diagnose Prognose	15,5	16,5	16,8	16	15,9	15,9

Klinik- und Belegärzte schätzen ihre Aufklärung insgesamt geringfügig besser ein als niedergelassene Frauenärzte, kein Unterschied hingegen ergibt sich aus der Altersgruppenuntersuchung.

2. a) Informationsweitergabe an Angehörige bzgl. Diagnose, Behandlungsweise, Behandlungsdauer und Prognose aus ärztlicher Sicht

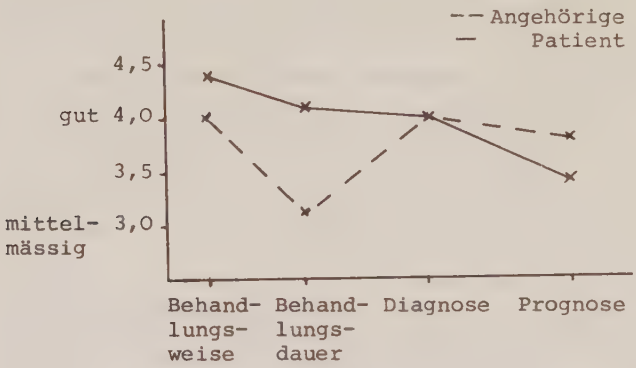
Frage : Wie weit informieren Sie die Angehörigen Ihrer Patientin über die Diagnose, Behandlungsweise, Behandlungsdauer und Prognose?

Antwort : (Erklärungen dazu siehe unter D.1.)

Behandlungsweise	4,0	(n=109 Ärzte)
Behandlungsdauer	3,1	(n=108 Ärzte)
Diagnose	4,0	(n=110 Ärzte)
Prognose	3,8	(n=107 Ärzte)

Die Aufklärung der Angehörigen fällt von Diagnose und Behandlungsweise (gut) über Prognose zur Behandlungsdauer (mittelmäßig) ab.

2. b) Vergleich der Aufklärung von Patienten und Angehörigen aus der Sicht des Arztes



Die Information der Patienten über Behandlungsweise und Behandlungsdauer ist nach Angaben der Ärzte besser als die Information der Angehörigen, während über die Diagnose beide gleich gut und über die Prognose die Angehörigen besser als die Patienten informiert werden.

H. KOMMUNIKATION ZWISCHEN ARZT UND PATIENT

1. a) Frageverhalten der Patientin

Frage : Haben Sie den Arzt nach den Dingen gefragt, über die Sie noch gerne mehr gewußt hätten?

Antwort : (Angaben in %, n=156 Patientinnen)

ja, nach allem	26
ja, teilweise	41
nein, überhaupt nicht	20
entfällt, weil es reichte	7
keine Angabe	6

1/4 der Patientinnen fragten den Arzt nach allem, 2/5 fragten teilweise und 1/5 fragte den Arzt nicht, was unklar geblieben war.

1. b) Korrelation:
Frageverhalten -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %)

	Alter			Schulbildg.		Wohngemeinde	
	≤45	46-55	>55	VS	HS	<10T	>10T
überhaupt nicht	6	33	39	34	10	38	17
ja, teilweise	60	40	46	45	57	48	46
ja, nach allem	34	27	15	21	33	14	37

Besonders jüngere Patientinnen, Frauen mit höherer Schulbildung und aus größeren Städten fragten aktiver.

2. a) Passivitätsgründe aus der Sicht der Patientin

Frage : Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe, weshalb Patientinnen den Arzt nicht nach unklaren Dingen fragten?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=137 Patientinnen)

weil sie glauben, der Arzt wird es schon recht machen	37
oft hat der Arzt wenig Zeit	32
sie wissen nicht, wie sie die Fragen stellen können	30
aus Angst, etwas Schlimmes zu erfahren	28
manche Fragen sind peinlich	23
aus Angst, unwissend zu erscheinen	20
aus Angst, daß der Arzt die Fragen nicht beantwortet	13
weil sie Bekannte haben, die sie ungezwungener fragen können	5
weiß nicht	4

Der am häufigsten angegebene Passivitätsgrund ist nach Angaben der Patientinnen das Vertrauen in den Arzt, gefolgt von den Gründen: Zeitdruck, Formulierungsschwierigkeiten und Angst, Schlimmes zu erfahren. Eine nicht unwesentliche Rolle spielen auch sexuelle Tabus und die Angst, unwissend zu erscheinen. Auch die Annahme, daß der Arzt die Fragen nicht beantwortet, hindert die Patientin, Fragen zu stellen.

2. b) Korrelation:
Passivitätsgründe -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %)

	insg.	Schulbildg.		Alter		
		VS	HS	≤45	46-55	>55
Arzt hat wenig Zeit	32	29	57			
Formulierungs-schwierigkeit.	30	33	19			
Arzt beantwort. Fragen nicht	13	11	29			
Angst, unwiss. zu erscheinen	20			33	21	15
Peinlichkeit der Fragen	23			44	26	15

Eine starke Abhängigkeit vom Bildungsstand ist in den Punkten Formulierungsschwierigkeiten, Zeitnot des Arztes und Angst, daß der Arzt die Fragen nicht beantwortet, zu erkennen. Die Angst, unwissend zu erscheinen, und die Peinlichkeit mancher Fragen veranlassen besonders junge Patientinnen zu Passivität.

2. c) Passivitätsgründe aus der Sicht des Arztes

Frage : Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe für eventuelle Passivität der Patientinnen? Geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Antwort : (Angaben in %)

	häufig	völlig abwegig	manchmal/ weiß nicht
weil sie glauben, der Arzt wird es recht machen	47	4	49
Zeitmangel des Arztes	8	33	59
Formulierungs-schwierigkeiten	11	17	72
Angst, Schlimmes zu erfahren	32	6	62
Peinlichkeit der Fragen	31	5	64
Angst, unwisssend zu erscheinen	5	30	65
Annahme, der Arzt beantwortet Fragen nicht	2	56	42
weil sie Bekannte, die Bescheid wissen, ungezwungen fragen können	6	36	58

Jeder zweite Arzt hielt die Annahme der Patientin, der Arzt beantworte ihre Fragen nicht, als Ursache passiven Frageverhaltens für völlig abwegig. Jeder dritte Arzt verneinte auch die Gründe Zeitmangel des Arztes und Angst der Patientin, unwissend zu erscheinen. Vertrauen in den Arzt wurde von jedem zweiten Arzt als Passivitätsgrund vermutet, Angst der Patientin, Schlimmes zu erfahren und Peinlichkeit mancher Fragen von jedem dritten Arzt. Jeder zehnte Arzt gab als häufigen Grund Formulierungsschwierigkeiten der Patientin an.

2. d) Korrelation:
Ansprechen des Themas Geschlechtsverkehr - Peinlichkeit der Fragen als Passivitätsgrund (Angaben in %)

	Passivitätsgrund: Peinlichkeit		
	völlig abwegig	manchmal	häufig
Ansprechen des GV	66	80	91

Die Ärzte, die die Peinlichkeit mancher Fragen als Passivitätsgrund erkennen, sprechen den Geschlechtsverkehr von sich aus häufiger an als die Ärzte, die diesen Grund als "völlig abwegig" erachten.

I. KRANKHEITSVERARBEITUNG

1. a) Korrelation:
Nichtbewältigung der Krankheit -
Art der Erkrankung, Therapie, Begriffe bei Diagnosemitteilung, Jahr des Krankheitsbeginns

Frage : Was hat Ihnen geholfen, mit Ihrer Krankheit fertig zu werden?

Antwort : (Angaben in %, n=147 Patientinnen)

	insgesamt	Art der Erkrankung			
		Mamma-Ca	Unterleib-CA		
	26	38	24		
	Therapie				
	nur OP	Radium/ Bestrahlg.	OP Rad./Bestrahlg.		
ich bin noch nicht fertig geworden	16	18	29		
	Diagnose				
	be-schönigend	ver-harmlosend	sachlich-zutreffend		
	29	28	11		
	Jahr der Erkrankung				
	1973	1974	1975	1976	
	20	29	31	21	

1/4 der Patientinnen gaben an, noch nicht mit der Erkrankung fertiggeworden zu sein, und zwar mehr Patientinnen mit Mamma-Ca als Patientinnen mit Unterleibs-Ca. Bei Unterleibspatientinnen mit Kombinationstherapie aus Operation und Radiatio haben mehr Frauen ihre Krankheit psychisch nicht verkraftet im Vergleich zu Frauen mit alleiniger OP bzw. Radiatio. Der Zeitfaktor scheint eine Rolle zu spielen. Bei den sachlich zutreffenden Diagnoseworten war im Vergleich zur beschönigenden Diagnose eine Häufung der Nichtbewältigung nicht zu erkennen.

1. b) Wege der Krankheitsverarbeitung

Frage : Was hat Ihnen geholfen, mit Ihrer Krankheit fertig zu werden?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=147 Patientinnen)

feste Eingliederung im Familienleben	50
Religion	36
Gefühl der guten Betreuung	44
feste Eingliederung im Beruf	12
kein Beruf, folglich kein beruflicher Leistungsdruck	7
eingehende Information	9
Sonstiges	

Wichtigste Faktoren für die Bewältigung der Krankheit sind Familie, gute Betreuung, Religion.
Als handschriftlicher Kommentar wurde von den Patienten unter "Sonstiges" aufgeführt:

- kein Krankheitsgefühl
- frühe Entdeckung und ständige Kontrolle
- Erfahrungen einer Freundin, die die gleiche Krankheit hatte
- Wille, gesund zu sein
- nicht mehr an die Krankheit denken

1. c) Korrelation:
Wege der Krankheitsbewältigung -
Sozialdaten der Patientin
(Angaben in %)

	Alter			Schulbildung	
	≤45	46-55	>55	VS	HS
eingehende Information	17	11	4	9	9
gute Betreuung	21	40	55		
Religion	14	49	37		
Beruf	20	20	4	9	31

	Familienstand				Wohngemeinde	
	ld	vh	gs	vw	<10T	>10T
eingehende Information	7	9	33	0	5	5
gute Betreuung	50	39	50	52	39	51
Religion	57	31	17	52	40	29
Beruf	21	56	33	44	9	19

Als ein Weg der Krankheitsbewältigung wurde von jeder zehnten Patientin, abhängig von Alter und Herkunft, "eingehende Information" genannt. "Gefühl der guten Betreuung" nannten vermehrt ältere Patienten und Frauen aus größeren Städten. Die Religion als entscheidender Faktor war stark herkunftsabhängig. Der Beruf spielte bei Patientinnen mit höherer Schulbildung eine wesentliche Rolle.

2. a) Definition des Begriffes "Gute Betreuung"

Frage : Was verstehen Sie unter "guter Betreuung"?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=60 Patientinnen)

daß der Arzt sich Zeit nimmt für die Besprechung von Problemen	88
eingehende Besprechung eines bevorstehenden ärztlichen Eingriffes	45
freundliche Krankenschwestern	75
Betreuung durch einen Seelsorger oder Psychologen, mit dem man über die Probleme sprechen kann	38
Sonstiges	3

Fast alle Patientinnen verstehen unter "guter Betreuung", daß der Arzt Zeit für sie hat und daß Krankenschwestern freundlich sind. Die Besprechung von bevorstehenden Eingriffen wurde hingegen nur von 45% und die Betreuung durch einen Seelsorger von 38% der Patientinnen genannt.

Als handschriftlicher Kommentar wurde von den Patientinnen unter "Sonstiges" angemerkt:

- Diskretion, keine lästigen, neugierigen Besuche
- soziale Hilfe ohne Bettelei

3. a) Gespräch als Faktor zur Krankheitsbewältigung

Frage : Finden Sie es hilfreich, wenn Sie mit jemandem offen über die Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung reden können?

Antwort : (Angaben in %, n=144 Patientinnen)

ja	78
nein	13
weiß nicht	9

3/4 der Patientinnen betrachten ein Gespräch über ihre Erkrankung als hilfreich.

3. b) Gespräch mit dem Arzt

Frage : Würden Sie darüber gerne mit Ihrem Arzt reden?

Antwort : (Angaben in %, n=138 Patientinnen)

ja	87
nein	5
weiß nicht	8

Die meisten Patientinnen wünschen Gespräche mit dem Arzt.

K BEZIEHUNG ARZT - PATIENT

1. a) Selbstverständnis des Arztes

Frage : Wie würden Sie als der behandelnde Arzt die Beziehung zum Großteil Ihrer Patientinnen charakterisieren?

Antwort : (Angaben in %, n=112 Ärzte)

ich fühle mich hauptsächlich kompetent für medizinische Fragen	3
ich fühle mich kompetent für medizinische Fragen und als Berater für unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängende Probleme	35
ich fühle mich kompetent für medizinische Fragen und als Berater für unmittelbar und nicht unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängende Probleme, im Sinne eines "Vertrauten"	62

1. b) Korrelation:
Selbstverständnis des Arztes -
Sozialdaten des Arztes

	Arztalter			Fachgebiet		
	≤40	41-60	>60	FA	KA	BA
kompetent für mediz. Fragen	4	2	5	2	7	3
"Berater"	48	37	5	33	71	26
"Vertrauter"	48	61	90	65	22	71

Etwa 2/3 der Ärzte gaben an, daß sie sich auch mit Problemen der Patientinnen auseinandersetzen, die nicht unmittelbar mit der Erkrankung zusammenhängen. Darunter waren besonders ältere Ärzte und niedergelassene Frauenärzte bzw. Belegärzte. Etwa 1/3 der Ärzte, darunter besonders Klinikärzte und junge Ärzte, sehen sich eher als "Berater" in medizinischen Fragen.

2. a) Funktion des niedergelassenen Arztes

Frage : Aus welchem Grund kommen die Patientinnen nach der Behandlung in der Klinik zu Ihnen als niedergelassenem Frauenarzt?

Antwort : (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich, n=26 Ärzte)

zur Nachsorge	100
zur Klärung persönlicher Probleme	50
sie fragt um die Ansicht über die in der Klinik gestellten Diagnose	31
sie will Näheres wissen	23
sie hat den Klinikarzt nicht verstanden	23

Jeder zweite niedergelassene Frauenarzt gab an, daß ihn die Patientin im Rahmen der Nachsorge zur "Klärung persönlicher Probleme" aufsucht, während nur jeder vierte Arzt die Konsultation unter dem Aspekt "weiterer Informationssuche" sieht.

V. Diskussion

A. EINSTELLUNG DER ÄRZTE ZUR AUFKLÄRUNG

1. Inhalte der Aufklärung

Etwa 80% aller Ärzte besprechen nach eigenen Angaben Diagnose, Anatomie und Funktion des betroffenen Organs, den Funktionsausfall durch die Erkrankung und den Therapieverlauf. Von etwa 70% der Ärzte werden Therapiedauer, -folgen und -komplikationen besprochen und begründet. Diese Angaben scheinen den Eindruck einer befriedigenden Aufklärung der Patienten zu vermitteln.

Mit zunehmendem Alter der Ärzte werden insgesamt weniger Punkte angesprochen. Niedergelassene Ärzte besprechen ebenfalls weniger Themen als Klinik- und Belegärzte. Demgegenüber fand RENNICK (36) in seiner Untersuchung keinen Unterschied im Aufklärungswillen von jüngeren und weniger erfahrenen Ärzten im Verhältnis zu ihren älteren Kollegen, jedoch seien Allgemeinärzte weniger geneigt aufzuklären als Fachärzte, und Ärzte in großen Städten weniger als ihre Kollegen in kleineren Städten.

2. Aufklärung über die Prognose

Eine Aufklärung bei schlechter Prognose wird von etwa 1/4 der Ärzte grundsätzlich abgelehnt, und zwar vermehrt von älteren Ärzten, jedoch von keinem Klinikarzt.

REEVES (33) meinte hierzu, entscheidend sei die Lebensanschauung des Patienten einerseits und die von Arzt, Familienangehörigen und Pfarrer andererseits. Probleme in der Interaktion treten auf, wenn

der Patient verdränge, der Arzt für Offenheit sei, oder wenn der Patient für Offenheit sei, der Arzt und die Familienangehörigen jedoch verdrängen. Vor den Konsequenzen, die sich aus letzterer Situation ergeben, warnte Reeves eindrücklich, da der Patient irgendwann um den Stand der Dinge wisse und Leugnen fast nie überzeugend sei. Mit der Verschlechterung seines Befindens vergrößere sich die Diskrepanz zwischen dem, was ihm erzählt wurde und dem, was er empfindet. Offene Kommunikation sei unmöglich. Leugne man die Wahrheit über seinen Zustand, leugne man auch ihn als Menschen.

Nach PARKES (29) ist die Art, wie der Arzt das Wissen weitervermittelt, für das weitere Leben von entscheidender Bedeutung.

3. Wunsch der Patientin nach Aufklärung aus der Sicht des Arztes

Nach der Meinung gefragt, ob sie glauben, daß Patientinnen bei schlechter Prognose tatsächlich aufgeklärt werden sollen, verneinten fast 3/4 der Ärzte. Diese Einstellung beeinflußt die Offenheit im Gespräch mit der Patientin. So stuften Ärzte, die den Aufklärungswunsch der Patientin verneinten, ihre Aufklärung über die Prognose schlechter ein.

4. Einflußnehmende Faktoren bei der Aufklärung

Etwa die Hälfte der Ärzte richtet die Aufklärung nach der Belastbarkeit der Patientin, der von ihr gestellten Fragen und deren Bildungsstand. Eine ausführliche Aufklärung, wenn die Patientin danach fragt, geben 80% der Klinikärzte im Vergleich zu 45 % der niedergelassenen Frauenärzte. Der Grund

hierfür mag zum einen darin liegen, daß Klinikärzte durch die größere Anonymität in der Klinik weniger Kriterien für die Belastbarkeit der Patientin kennen als die niedergelassenen Ärzte. Denn sowohl für Klinik- als auch für niedergelassenen Arzt spielt die Belastbarkeit der Patientin eine etwa gleich große Rolle. Wie jedoch in einem späteren Teil dieser Arbeit (G) ausgeführt wird, ist es problematisch, die Aufklärung strikt nach den von der Patientin gestellten Fragen zu richten, da sehr viele Frauen eine passive Patientenrolle einnehmen und keine Fragen stellen, obwohl der Wunsch nach genauer Information vorhanden ist.

RENNEKER (34) warnt aus anderen Gründen vor einer Aufklärung, die sich ausschließlich nach den Fragen der Patientin richtet:

Die Patienten vermuten oft selbst, daß sie Krebs haben, stellen jedoch keine diesbezüglichen Fragen. Aus dem Schweigen des Arztes leiten sie ab, daß sie sterben müssen. Die aufgeklärten Angehörigen wiederum vermuten, daß der Arzt die Patientin aufgeklärt hätte, wäre es nötig gewesen, und schweigen ebenfalls. Die Patientin interpretiert dieses ausweichende Verhalten als weiteres Zeichen drohenden Unheils. Sie wird in eine unnatürliche Rolle gezwungen und beginnt, dieses Spiel mitzuspielen.

Die Aufklärung nach dem Bildungsstand zu richten, wie in dieser Studie jeder zweite Arzt angab, wird von HINTON (19) angegriffen. Zwar sehe sich vielleicht ein Arzt eher in der Lage, einen intelligenten Patienten aufzuklären. Dies bedeute aber nicht notwendigerweise, daß ein weniger intelligenter

Patient mit dem Wissen nicht genauso fertig werde. Die Länge der Ausbildung und die soziale Stellung als Gradmesser der Intelligenz ergeben keinen signifikanten Unterschied bezüglich Bewußtsein und Verarbeitung des Sterbens.

B. ARZT UND ANGEHÖRIGE

1. Ärztliche Einstellung bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung

Nach PEMBERTON (30) sollte die Familie in die Aufklärung über eine Krebserkrankung einbezogen werden, da der Patient sein Leben neu ausrichten und sich mit den durch die Krankheit eingeengten Möglichkeiten abfinden muß. In dieser Zeit braucht er die Anteilnahme, Ermutigung und emotionale Unterstützung seiner Angehörigen.

LITIN (25) warnt jedoch davor, der Familie die Entscheidung zu überlassen, ob der Patient über seine Diagnose aufgeklärt werden sollte oder nicht. Angehörige neigen dazu, den Patienten zu schonen und mit der Wahrheit zurückzuhalten. Offene Gespräche zwischen Familie und Patient seien dadurch jedoch unmöglich. Auch ADDIE (1) merkte an, daß die Angehörigen angehalten werden müßten, nicht alles vom Patienten fernzuhalten, sondern ihm Verantwortung zu übertragen.

In dieser Untersuchung gab etwa die Hälfte aller Ärzte, aber 4/5 der Klinikärzte an, die Angehörigen grundsätzlich in die Aufklärung einzubeziehen. Hauptgrund für die vermehrte Aufklärung der Angehörigen durch den Klinikarzt ist wohl der, daß Angehörige in der Klinik besser erreichbar sind.

Vielleicht sind auch Klinikärzte mehr als niedergelassene Frauenärzte bei der Einschätzung der Belastbarkeit der Patientin auf Aussagen der Angehörigen angewiesen.

2. Wunsch der Patientin bzgl. der Einbeziehung der Angehörigen in die Aufklärung

Auch Patientinnen wurden zu diesem Thema befragt. 2/3 wünschten, daß der Arzt auch mit den Angehörigen spricht, 1/3 machte die Einschränkung, daß der Arzt nur aus Veranlassung der Patientin mit Familienmitgliedern über ihre Erkrankung sprechen sollte.

Ähnliche Tendenzen ergab eine Studie von DRUNKENMÖLLE (11), der vierzig Mamma-Ca-Patientinnen befragte, ob Familienangehörige bei einer Krebserkrankung informiert werden sollten, von der sie selbst noch nichts wissen. 4/5 der Frauen bejahten. Für ein Gespräch zu dritt sprachen sich 3/4 der Frauen aus.

3. Gesprächsverlauf

In dieser Studie gaben 2/3 der Ärzte an, mit der Familie in Abwesenheit der Patientin zu sprechen. Einige Ärzte merkten an, daß ein gemeinsames Gespräch vorzuziehen sei, da ein Gespräch in Abwesenheit der Patientin Mißtrauen erwecke oder dieses schüre.

C. SPEZIELLE PROBLEME BEI GYNÄKOLOGISCHEN CARCINOMEN

Die Ärzte wurden befragt, welche Ängste bei Patienten vor Hysterektomie und Ablatio einerseits und Radium und Bestrahlung andererseits zu beobachten sind. Angst der Patientin vor der Behandlung selbst gaben bei opera-

tiver Therapie 2/3 der Ärzte an, bei Bestrahlung nur 2/5, doch spielt hier die Angst vor Strahlenschaden und die Angst, im Endstadium der Krankheit zu sein, eine besondere Rolle, während bei Hysterektomie oftmals die Frauen befürchten, an Gewicht zuzunehmen. Mit der Angst der Patientin, daß trotz Behandlung die Krankheit nicht beseitigt ist, rechnen 2/5 der Ärzte sowohl bei operativer als auch bei Bestrahlungstherapie. Insuffizienzgefühle als Frau sehen bei Bestrahlung nur 1/4, bei operativen Eingriffen 3/4 der Ärzte, wobei in dieser Untersuchung Ablatio und Hysterektomie leider nicht getrennt aufgeführt wurden.

RENNEKER (34) schreibt, daß bei Brusterkrankungen die Befürchtung, die Rolle als Frau sei in Gefahr, die erste emotionale Reaktion sei. Erst später werde die Angst vor Krebs zum zentralen Problem.

HEYDE (17) merkte an, daß bei Ablatio im Vergleich zur Hysterektomie mit tiefgreifenderen psychischen Problemen zu rechnen ist, da die Brust Symbol der Weiblichkeit ist, und die Scheu des Partners Gefühle des Verstoßenseins und der Unattraktivität auslöst. Bei Hysterektomie, deren Folgen man rein optisch nicht sieht, ist das Gefühl des "Krüppelseins" nicht so eindeutig vorhanden. Oft glauben jedoch die Patienten fälschlicherweise, nicht mehr kohabitationsfähig zu sein. Einflußnahme auf die Familie, insbesondere auf den Ehepartner, und Führung der Patienten über längere Zeit sind unbedingt notwendig.

D. AUFKLÄRUNG AUS DER SICHT DES ARZTES UND DER PATIENTIN

1. Begriffe zur Diagnosemitteilung

OKEN (27) untersuchte die Aufklärung über die Diag-

nose bei Carcinom-Erkrankungen und kam zu folgenden Ergebnissen:

Das allgemein ärztliche Handeln bei der Aufklärung von Carcinom-Patienten sei, so wenig wie möglich in den allgemeinsten Ausdrücken zu beschreiben. Ungeachtet der Aussagen von Patienten glaube die Mehrzahl der Ärzte, daß Patienten nicht aufgeklärt werden wollen. Bei Patienten, die noch finanzielle Verpflichtungen haben, werden am ehesten Ausnahmen gemacht. Intelligenz und emotionale Stabilität sind im allgemeinen nur dann Voraussetzung für die Mitteilung der wirklichen Diagnose, wenn bereits andere "realistische" Faktoren eine Basis dafür geschaffen haben. Anders bei den wenigen Ärzten, die bewußt aufklären und für die Intelligenz und emotionale Stabilität ausschlaggebend sind. Hauptziel sei in beiden Fällen die Aufrechterhaltung der Hoffnung.

Nach Kapitel A. dieser Untersuchung besprechen 80% der Ärzte die Diagnose bei Krebserkrankung. Diese Aussage sollte relativiert werden. Dazu fragten wir genauer nach der mitgeteilten Diagnose.

1/3 der Ärzte benützen sachlich zutreffende Worte, wie "bösartige Zellen", "bösartige Geschwulst", "Krebs", "Karzinom", wobei "Krebs" nur jeder zehnte Arzt sagt. Die anderen 2/3 gebrauchen verharmlosende Begriffe wie "Zellen, die nicht ganz gutartig sind", "veränderte Zellen", "Zellen zwischen gut- und bösartig", "Geschwür", "Tumor". Eine beschönigende, falsche Aussage wurde von einem Arzt angegeben.

Fast der Hälfte aller Patientinnen wurde nach deren Angaben die sachlich zutreffende Diagnose gesagt, etwa 2/5 wurden mit verharmlosenden Begriffen aufge-

klärt, während etwa 1/5 über ihre Erkrankung beschönigend falsch aufgeklärt wurden. "Krebs" gab jede fünfte Patientin an. Die Angaben der Ärzte unterscheiden sich demnach erheblich von denen der Patientinnen.

Diese Differenzen zwischen Arzt- und Patientenaussagen können folgendermaßen erklärt werden:

Vielleicht wurde der Patientin die Diagnose in Etappen mitgeteilt, die Patientin realisierte jedoch die endgültige Diagnose nicht, oder aber wollte sie nicht wahrhaben und flüchtete sich in eine zu einem früheren Zeitpunkt erhaltene harmlosere Erklärung.

In diesem Sinne merkte auch COCKERILL (8) an, daß Patienten während gewissen Phasen von Krebs sprachen und zu anderen Zeiten zu einem weniger erschreckenden Begriff dafür übergingen. Die Beantwortung der Frage scheint demnach von der Verarbeitungsstufe der Erkrankung abhängig, die in dem Fragebogen leider nicht erfaßt werden konnte.

AITKEN-SWAN (2) meinte dazu, daß Patienten zwar oft nicht realisieren, was der Arzt sagt; es könnte aber auch sein, daß die Patienten bei Mitteilung der Diagnose einen Schock erlitten und nicht mehr an diese Zeit erinnert werden wollen. In diesem Fall würden sie bei dem Interview verneinen, daß sie aufgeklärt wurden.

Auch RENNEKER (34) verwies auf die allgemeine Ignorierung von Arzt und Patient. Jede Frau verband nach seiner Untersuchung mit dem entdeckten Knoten in der Brust den Gedanken an Krebs, Brustamputation und möglichen Tod. Da der Arzt den Begriff Krebs meidet, sieht sie sich in der Annahme bestätigt, daß die Diag-

nose das Todesurteil bedeutet. Umgekehrt sind aufgeklärte Patienten erleichtert, mit jemand über Krebs sprechen zu können.

Das Vorenthalten der Diagnose kann nach OKEN (27) auch eine "Manifestation der Verdrängung" auf der Seite des Arztes sein. Krebs bedeutet Schmerz, Desintegration, Zerfall und Tod. Ärzte befinden sich in einer Situation intensiver Belastung mit unangenehmen Emotionen, da sie ständig mit dem Tod konfrontiert sind, den sie zugleich bekämpfen müssen. Nur psychische Abwehrmechanismen können die Intensität der Gefühle auf ein erträgliches Maß reduzieren.

In dieser Studie findet man die "sachlich zutreffende Diagnose" eher bei Patientinnen mit höherer Schulbildung und bei Frauen aus großen Wohngemeinden, während mit zunehmendem Alter der Patientin die Diagnose öfters verschleiert wird.

Zur "sachlich zutreffenden Diagnose" entscheiden sich eher Klinik- und Belegärzte und jüngere Ärzte. Die Zurückhaltung der niedergelassenen Frauenärzte in der Wortwahl mag daran liegen, daß die Patientin vor der endgültigen Diagnosestellung durch histologische oder zytologische Untersuchungen in die Klinik überwiesen wurde.

Hier spiegelt sich auch eine Verhaltensweise wider, die LUND (26) für den Umgang mit Carcinom-Patienten empfohlen hat. Er meinte, daß der Arzt am Anfang des Gesprächs mit der Patientin die Worte "Carcinom" oder "Krebs" vermeiden und andere deskriptive Worte mit weniger erschreckendem Beiklang gebrauchen sollte. Nach der Operation jedoch sollte der Patientin mitgeteilt werden, was die Operation ergab.

Anderer Auffassung ist RENNEKER (35). Seiner Meinung nach sollte der Arzt vor der Untersuchung fragen, ob die Patientin an die Möglichkeit einer Krebserkrankung gedacht hat. Dies berühre ein allgemeines Problem und decke Ängste auf. Die Brustpatientin sollte auf Biopsie und mögliche Mastektomie frühzeitig hingewiesen werden, damit sie sich in der kurzen präoperativen Zeit mit der Möglichkeit von Krebs und Amputation auseinandersetzen kann.

2. Erklärung einer Bestrahlungs-, Radium- oder Zytostatikabehandlung

Jeder zweite Arzt gab an, der Patientin die geplante Bestrahlungs-, Radium- oder Zytostatikatherapie mit der Existenz "kranker Zellen" zu begründen. Nur jede vierte Patientin hingegen erinnerte sich an diese Erklärung. Bei den übrigen Patientinnen wurde das Ansprechen "kranker Zellen" gemieden.

3. Erklärung einer Unterleibsoperation

Bei einer Unterleibsoperation wird nach ärztlichen Angaben von nahezu allen Ärzten besprochen, was entfernt wird, welche Organe zurückbleiben und welche funktionellen Veränderungen sich daraus ergeben. Demgegenüber gaben nur 4/5 der Patientinnen an, daß mit ihnen besprochen wurde, was bei der Operation entfernt wird, wobei selbst dieses Ergebnis noch mit Skepsis zu betrachten ist, da einige Patientinnen den Zusatz machten, der Arzt habe "Totaloperation" gesagt, mehr nicht. Nur jeder vierten Frau wurde ausdrücklich gesagt, welche Organe nach der Operation zurückbleiben. Über funktionelle Veränderungen wurde ebenfalls nur mit jeder vierten Frau gesprochen

(jedoch mit 3/4 der Patientinnen unter 45 Jahren, 2/3 der Patientinnen über 46 und mit keiner Patientin über 55 Jahren). Einige Ärzte fügten an, daß die Frauen oftmals falsche Vorstellungen hätten. Deshalb sei die Erklärung, daß die Gebärmutter ohne endokrinologische und sexuelle Bedeutung sei und bei Operationen ohne Adnexektomie keine hormonellen Ausfallerscheinungen auftreten, unbedingt notwendig. 2/3 der Ärzte besprechen die anatomischen Verhältnisse vor der Operation, nur 1/5 der Frauen gab eine solche Erklärung an. Daß und wo die Vagina zugenäht wird, spricht nur jeder vierte Arzt an, jede zwölfte Patientin erinnerte sich an diese Erklärung.

13% der Patientinnen, darunter eher ältere und aus kleinen Städten kommende Frauen und erstaunlicherweise viele verheiratete Frauen gaben an, über die Operation nicht aufgeklärt worden zu sein. Fand eine Aufklärung statt, so war diese bei jungen Patientinnen, bei Frauen aus größeren Städten und bei verheirateten Frauen ausführlicher; eine Abhängigkeit von der Schulbildung war nicht zu erkennen.

Ausführliche Erklärungen gaben nach eigenen Angaben Klinikärzte, junge Ärzte und Ärzte aus größeren Städten.

Nach obigen Ergebnissen sind die Patientinnen unzureichend über die Unterleibsoperation unterrichtet. Die Erklärung, welche Organe entfernt wurden, ist nicht ausreichend, weil viele Patienten selbst mit allgemeinen medizinischen Begriffen recht wenig anfangen können, wie auch READER (32) als Ergebnis seiner Untersuchung hervorhob.

Verschiedene Studien weisen auf die Notwendigkeit

genauer Aufklärung hin:

Nach JANIS (21) können postoperative psychische Störungen auf ein Minimum herabgesetzt werden, wenn den Patienten vor der Operation konkret gesagt wird, was sie nach dem operativen Eingriff erwartet. Dies erlaubt dem Patienten, sich präoperativ damit auseinanderzusetzen, was Voraussetzung einer adäquaten postoperativen Bewältigung sei.

Nach DEMLING und FLÜGEL (10) ist der informierte Patient kooperativer, so daß der "Zeitverlust" durch ein aufklärendes Gespräch meist durch bessere Untersuchungsbedingungen kompensiert wird. So gaben auch 88% der von ihnen befragten Patienten an, sich einer ärztlichen Maßnahme nach vorheriger Aufklärung viel ruhiger unterziehen zu können.

4. Belehrung über Vita sexualis nach der Behandlung

4/5 der Ärzte besprechen nach eigenen Angaben das Thema "Geschlechtsverkehr nach der Behandlung" mit der an Unterleibs-Carcinom erkrankten Patientin. Jedoch nur die Hälfte der Patientinnen, darunter vermehrt jüngere und verheiratete Patientinnen und Patientinnen aus größeren Wohngebieten und mit Volksschulbildung, gab an, daß mit ihnen darüber gesprochen wurde. Bei operativen Eingriffen wurde das Thema Geschlechtsverkehr häufiger besprochen als bei nicht operativen.

Diese Auswahlkriterien des Arztes scheinen nicht gerechtfertigt. Die meisten Patientinnen wünschten die Besprechung des späteren sexuellen Verhaltens. Behandlungsart, Familienstand, Schulbildung und Wohngebiet ergaben keinen Unterschied in der Einstellung der Patientin.

Als Folge dieser Differenz zwischen Wunsch und Praxis blieben bei Patientinnen im Alter von 45-55 Jahren und aus kleinen Wohngebieten vermehrt Fragen offen, wie sie sich nach der Therapie auf sexuellem Gebiet zu verhalten haben. Bei Patientinnen mit höherer Schulbildung, bei denen der Arzt ebenfalls seltener über Geschlechtsverkehr sprach, war dieser Informationsmangel nicht zu erkennen, vielleicht bedingt durch bessere Möglichkeiten zur Selbstinformation.

Ähnliche Ergebnisse erzielte VINCENT (38) in seiner Studie, bei der über die Hälfte der Patientinnen noch weitere Information über sexuelle Fragen wünschte, so z.B. wie früh nach der Therapie Geschlechtsverkehr aufgenommen werden sollte, ob Koitus Krebs hervorrufe, und ob der Penis durch Bestrahlung bei der Patientin geschädigt werden könne. 80% der von Vincent befragten Patientinnen gaben an, dem Arzt von sich aus keine Fragen zu stellen und erwarteten deshalb, daß der Arzt dieses Gespräch von sich aus beginne.

AMIAS (34) wies auf die Wichtigkeit genauer Aufklärung bei gynäkologischen Carcinomen hin, da Unwissen und Angst oft Ursache koitaler Schwierigkeiten ist, und zwar Angst, daß Verkehr Ursache der Erkrankung war, daß Wiederaufnahme zu Streuung führt oder daß Ansteckungsgefahr besteht. Der Patientin sollte gesagt werden, daß zwar zu frühe Aufnahme sexueller Aktivität eine Ruptur hervorrufen könne, daß ein zu langer Aufschub jedoch die Fibrose beschleunigt, so daß die bei der Operation z.B. nach Wertheim verkürzte Vagina ihre ursprüngliche Ausdehnung nicht wieder erreicht. Nach Radiumeinlagen, wo anatomische Veränderungen noch weniger vermieden werden können, ist einfühlsamer Rat genauso notwendig.

Diese Empfehlungen werden jedoch nur in geringem Maße in die Realität umgesetzt, obgleich Ärzte die Probleme der Patienten erkennen. So rechnen 68% der Ärzte, die das Thema Sexualität nach Therapie nicht ansprachen, mit Insuffizienzgefühlen der Patientin als Frau, ohne Konsequenzen für ihr ärztliches Handeln daraus zu ziehen.

Entscheidende Auswirkungen der Aufklärung über das sexuelle Verhalten nach der Behandlung auf die sexuelle Aktivität zeigten weitere Ergebnisse unserer Studie. 80% der Patientinnen, die einen Informationsmangel angaben, hatten seltener Geschlechtsverkehr im Vergleich zu 32%, die ohne einen Informationsmangel anzugeben, seltener Verkehr hatten. Die Härte der Diagnose zeigte keinen Einfluß auf das weitere sexuelle Verhalten.

Bei Patientinnen aus kleinen Wohngebieten war der Anteil derer, die sexuell passiver wurden, vergleichsweise größer als bei Patientinnen aus größeren Wohngebieten. Bei unwesentlich differierender Altersverteilung ist ursächlicher Faktor die schlechtere Aufklärung bei Patientinnen aus kleinen Wohngebieten. Ähnlich passiv, jedoch eher altersbedingt, zeigten sich Patientinnen mit Volksschulbildung im Vergleich zu Patienten mit höherer Schulbildung (hoher Anteil junger Patienten). Im Einzelfall kann allerdings die Krankheit auch eine willkommene Entschuldigung sein, um "eheliche Pflichten" aufzugeben.

E. INFORMATIONSDEFIZITE

Die Patientinnen wurden befragt, ob sie die vom Arzt erhaltenen Erklärungen über Krankheit und Behandlung als vollständig empfanden. 2/3 der Patientinnen reichten die Erklärungen des Arztes. Nicht zufrieden waren vermehrt Patientinnen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren, Patientinnen mit höherer Schulbildung und aus größeren Städten, obgleich diese, wie in den obigen Ausführungen aufgezeigt wurde, relativ ausführliche Erklärungen erhielten. Die Patientinnen aus diesen Gruppen suchten vermehrt zusätzliche Information von anderer Seite als vom Arzt.

Etwa 15% der Patientinnen wünschten genauere Angaben, wie sie sich weiter verhalten müssen und welche Nebenwirkungen und Folgen die Therapie hat. 10% wünschten weitere Information zu Behandlungsablauf und zur Diagnose, darunter besonders Patienten, denen die Diagnose mit umschreibenden Worten mitgeteilt wurde. Ebenfalls 10%, darunter vermehrt verheiratete Patienten, Patienten aus kleineren Orten und im Alter zwischen 45 und 55 Jahren, wünschten weitere Hinweise im sexuellen Bereich.

F. INFORMATIONSQUELLEN

In unserer Studie gab nur eine von drei Patientinnen an, sich an anderer Stelle als beim Arzt informiert zu haben, wobei Massenmedien etwa denselben Stellenwert hatten wie Mitpatientinnen oder Bekannte mit einer ähnlichen Erkrankung.

Im Gegensatz dazu fand HEYDE (17), daß mindestens 90% aller Krebskranken meist kurzfristig und ohne ärztliche Aufklärung ihre Diagnose in Erfahrung bringen. Direkte Information erfolgt oft unbeabsichtigt in Krankenhäusern,

speziell Strahlenabteilungen; indirekte Informationsquellen sind Massenmedien.

G. SUBJEKTIVE BEURTEILUNG DES INFORMATIONSGRADES BZW. DER INFORMATIONSWEITERGABE

1. Information der Patienten

Nach RASPE (31) haben die Patienten zwar hohe und differenzierte Informationsbedürfnisse, zeigen sich aber nur mäßig, zum Teil ausgesprochen schlecht informiert. Das diagnostische Wissen ist besonders bei Carcinom-Patienten gering. Das therapeutische Wissen ist noch geringer. Zwar können Patienten überwiegend aufzählen, was therapeutisch mit ihnen geschieht, nicht aber mit welchem Zweck.

In dieser Studie klären Ärzte nach eigenen Angaben am besten über die Therapie auf, dann über Behandlungsdauer und Diagnose (Tendenz: gute bis sehr gute Aufklärung). Bei der Prognose sind sie am zurückhaltensten (mittelmäßige bis gute Aufklärung). Die Patientinnen fühlten sich am besten aufgeklärt über Therapie, Diagnose, Prognose und Behandlungsdauer (Tendenz: mittelmäßige bis gute Aufklärung). Außer bei der Prognose empfanden die Patienten die Aufklärung schlechter als die Ärzte angaben.

Patientinnen mit höherer Schulbildung, die den Arzt häufiger nach Unklarheiten fragten, zeigten sich mit der ärztlichen Aufklärung zufriedener. Ebenfalls zufrieden zeigten sich ältere Patientinnen, obgleich sie, wie in den bisherigen Ausführungen deutlich wurde, objektiv schlechter aufgeklärt wurden. Grund hierfür ist sicher ein weniger kritisches Verhalten der älteren Patientinnen dem Arzt gegenüber, was auch da-

rin zum Ausdruck kommt, daß in dieser Gruppe vermehrt Patientinnen aus Vertrauen zum Arzt keine Fragen stellten.

Klinik- und Belegärzte schätzen ihre Aufklärung insgesamt besser ein als niedergelassene Frauenärzte, was in der bisherigen Untersuchung verifiziert werden konnte. Ältere Ärzte, die weniger ausführliche Erklärungen geben, sehen ihre Aufklärung gleich gut wie die junger Ärzte. Ärzte, die eher zur sachlich zutreffenden Diagnose neigen, schätzen ihre Aufklärung über die Diagnose besser ein als solche, die eher die verharmlosende Diagnose mitteilen.

2. Information der Angehörigen

Angehörige werden nach ärztlichen Angaben nur über die Prognose besser informiert als die Patienten selbst. Die Aufklärung über Diagnose, Therapie und Prognose wird von den Ärzten als gut, über Behandlungsdauer als mittelmäßig eingestuft.

Andere Ergebnisse in Hinsicht auf die Diagnose fand FRIEDMAN (15) in seiner Untersuchung, in der Ärzte angaben, daß sie den Angehörigen die Diagnose in 95%, den Patienten jedoch nur in 25% der Fälle stets mitteilten.

H. KOMMUNIKATION ZWISCHEN ARZT UND PATIENT

1. Frageverhalten der Patientinnen

In dieser Studie gaben 1/5 der Patientinnen an, den Arzt überhaupt nicht, 2/5 nur teilweise und 1/4 nach allem gefragt zu haben, was ihnen unklar geblieben war. Aktiv fragten besonders junge Frauen, Patientinnen mit höherer Schulbildung und aus größeren Orten, wobei

eigenartigerweise gerade Frauen aus großen Orten mit höherer Schulbildung und besonders die jungen Frauen einen deutlichen Informationsmangel empfanden und unzufrieden waren.

Verschiedene andere Studien setzten sich bereits mit Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient auseinander. Als häufigste Ursache der Kommunikationsschwierigkeiten wurden Klassenunterschiede und klassenspezifische Verhaltensmuster genannt.

Nach BERNSTEIN (6) richten Ärzte ihre Erklärungen danach, ob Patienten ihre Wünsche nach Information verbal äußern. Patienten der Arbeiterschicht sind jedoch relativ passiv, was das Fragenstellen betrifft, und äußern Wünsche und Absichten eher durch nicht verbale Zeichen. Ärzte sind sich deshalb oft über aktuelle Kommunikationsbedürfnisse der Patienten nicht bewußt, die Kommunikation ist unbefriedigend. Bei Mittelschichtpatienten mit aktiverem Frageverhalten ergeben sich entsprechend weniger Probleme.

CARTWRIGHT (7) führt das passive Frageverhalten der Arbeiterklasse zurück auf den sozialen Unterschied zwischen Arzt und Patient, auf die falsche Überzeugung der Patienten, daß Ärzte keine Fragen erwarten und auf die Sprachbarriere der Patienten, insbesondere die Unkenntnis technologischer Ausdrücke, die der Arzt ständig benutzt.

WAITZKIN (39) weist darauf hin, daß Ärzte kaum oder keine Erklärungen geben, weil sie wegen des Abstraktionsmangels in der Sprache der Patienten der Unterschicht oft fälschlicherweise annehmen, daß diese selbst elementare Erklärungen nicht verstehen. Untersuchungen zeigten jedoch, daß die Sprache ein falsches

Licht auf die linguistischen Fähigkeiten wirft, und daß Patienten Erklärungen verstehen.

PALMER (28), der eine Korrelation zwischen sozialem Status und Frageverhalten fand, merkte an, daß soziale Herkunft, Intelligenz und Bildungsstand nur die Wortwahl, in der Erklärungen gegeben werden, nicht jedoch die Vollständigkeit beeinflussen sollte.

2. Passivitätsgründe aus der Sicht der Patientin und des Arztes

In dieser Studie gaben 2/5 der Patientinnen an, das Vertrauen in den Arzt habe Fragen erübrigt.

In diesem Sinne merkte READER (32) an, daß Patienten von den Ärzten nicht erwarten, daß diese ihre Bedürfnisse nach Information erfüllen. Dies schloß er aus der Beobachtung, daß Patienten zwar offensichtlich Erklärungen über ihren Zustand durch den Arzt brauchen, aber dennoch keine besonderen Anstrengungen machten, diese Information zu erfragen, und auch keine Kritik am Arzt übten, der ihnen keine Erklärung gab.

Zeitmangel der Ärzte führten 1/3 der Patientinnen und jede zweite Patientin mit höherer Schulbildung an. Jeder dritte Arzt hält dies für völlig abwegig.

1/4 der Patientinnen fragte nicht aus Angst, Schlimmes zu erfahren. Diesem kann man aus dem Wege gehen, so COMAZZI (9), wenn man die Patientin das Gespräch leiten lasse. Dabei könne die Patientin zu verstehen geben, wieviel von Diagnose und Prognose sie erfahren wolle. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, daß jede dritte Frau, besonders vertreten Patientinnen mit Volksschulbildung, wegen Formulierungsschwierigkeiten wenig Fragen stellt. Obwohl sich der Großteil der Ärzte die-

ser Schwierigkeit bewußt ist, richtet sich jeder zweite Arzt nach den von der Patientin gestellten Fragen (B.2.). 1/5 der Ärzte hielt Formulierungsschwierigkeiten als Ursache für passives Frageverhalten für völlig abwegig.

Jede dritte Frau unter 45 Jahren stellte keine Fragen aus Angst, unwissend zu erscheinen. 1/3 der Ärzte hielt diesen Grund für völlig abwegig. Nach GOLDEN (16) kann eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient die Angst des Patienten abbauen, durch Fragen die eigene Unkenntnis zu enthüllen und sich bloßzustellen.

SIMONTON (37), der die Hypothese einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur der Krebskranken verficht, meldet hingegen ernste Zweifel an, daß Krebspatienten mit geringem Selbstbewußtsein jemals die Schranke zum Arzt abbauen und Fragen stellen können.

Angst, daß der Arzt Fragen nicht beantworten würde, gab jede zehnte Patientin, aber jede vierte Patientin mit höherer Schulbildung an, jeder zweite Arzt hielt diesen Punkt für völlig abwegig.

1/5 der Frauen, aber jede zweite Frau unter 45 Jahren, gab an, die Peinlichkeit der Fragen halte sie davon ab, Unklarheiten zu klären. Die Ärzte, die die Tabuisierung als Passivitätsgrund sehen, sprechen das Thema Geschlechtsverkehr von sich aus häufiger an als Ärzte, die diese Ursache für völlig abwegig erachten. Angaben der Patienten und Ärzte über mögliche Ursachen passiven Frageverhaltens divergieren teilweise und zeigen, daß einige Hemmechanismen von den Ärzten unterschätzt werden.

I. KRANKHEITSVERARBEITUNG

Jede vierte Patientin gab an, die Erkrankung psychisch noch nicht verkraftet zu haben. Darunter waren mehr Patientinnen mit Mamma-Carcinom als mit Unterleibs-Carcinom, was sich mit der Beobachtung RENNEKERS (35) deckt, daß der Verlust eines externen Organs als Teil der äußeren Erscheinung mehr Konflikte hervorruft als der Verlust eines internen Organs.

In der Gruppe der Patientinnen mit Unterleibs-Carcinom hatten die Patientinnen mit Kombinationstherapie aus Operation und Bestrahlung im Vergleich zu alleiniger Operation bzw. Bestrahlung die Krankheit vermehrt nicht verkraftet. Kurz nach der Behandlung und später mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Krankheitsbeginn scheint die Krankheitsbewältigung besser zu werden. Erleichterung, daß die Operation und Bestrahlung vorerst gut überstanden wurden und spätere regelmäßige Kontrolluntersuchungen geben der Patientin ein Gefühl der Sicherheit.

Die Eingliederung in die Familie ist ein bedeutender Faktor für die Krankheitsbewältigung. Was jedoch für verheiratete Patientinnen die Familie bedeutet, ist für ledige und verwitwete Patientinnen die Religion. HINTON (18) weist eindrücklich darauf hin, daß allgemein bei unerschütterlichem religiösem Glauben die Angst geringer sei.

Einen positiven Einfluß auf die Krankheitsbewältigung hat nach BECK (5) die Berufsausübung. Dies war auch in dieser Studie besonders bei Patientinnen mit höherer Schulbildung nachweisbar. Nach Beck zeigten die Patienten eine verstärkte Realitätszuwendung und eine überkompensatorische Leistungshaltung. Die Arbeit bekam eine

Ich-stärkende und die innere Hilflosigkeit kompensierende Funktion.

Das Gefühl der guten Betreuung ist für die Patientinnen, ebenfalls ein entscheidender Faktor, wobei besonders die menschliche Seite zählt. So verstanden die meisten Patientinnen unter guter Betreuung, daß der Arzt sich für die Besprechung von Problemen Zeit nimmt und daß Krankenschwestern freundlich sind, während die Besprechungen von bevorstehenden Eingriffen von jeder zweiten Patientin und die Betreuung durch einen Seelsorger und Psychologen nur von jeder dritten Patientin angegeben wurde.

Auch ADDIE (1) merkte an, daß ein Gespräch mit einer beruflich qualifizierten Person dem Patienten oft Erleichterung bringe, weil Familie oder Freunde oft zu nahe stehen, um helfen zu können, oder weil der Patient sie nicht mit der Erkrankung belästigen wolle.

HINTON (18) beobachtete, daß Patienten ihre Angst zum Teil überwinden konnten, wenn man ihnen Gelegenheit gab, sich darüber mit dem Personal auszusprechen.

So gaben in dieser Studie 3/4 der Patientinnen an, daß ihnen ein Gespräch über Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oftmals helfen würde, wobei fast 90% der Patientinnen Gespräche mit dem Arzt wünschten.

K. BEZIEHUNG ARZT - PATIENT

1/3 der Ärzte gab an, sich als Berater in medizinischen Fragen zu verstehen, während 2/3 der Ärzte sich auch mit Problemen der Patientin, die nicht unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängen, auseinandersetzen. In dieser Gruppe sind vermehrt ältere Ärzte und niedergelassene

Frauenärzte. So gab auch jeder zweite niedergelassene Frauenarzt an, daß die Patientin nach dem Klinikaufenthalt im Rahmen der Nachsorge zur Klärung persönlicher Probleme in die Sprechstunde kommt, während nur jeder dritte niedergelassene Arzt die erneute Konsultation darauf zurückführte, daß die Patientin ihn um die Ansicht zu der in der Klinik gestellten Diagnose befragen wollte. Nur jeder vierte Arzt gab an, daß die Patientin komme, weil sie den Klinikarzt nicht verstanden habe und Näheres wissen wolle.

VI. Kritische Anmerkung

Probleme und Ablauf der Aufklärung von Patientinnen mit Mamma- bzw. Unterleibs-Carcinom wurden untersucht. Die Aussagekraft der Befragungsergebnisse und die vergleichende Gegenüberstellung der Aussage von Ärzten und Patientinnen werden aufgrund folgender Überlegungen relativiert:

A. Ärztliche Angaben über die Durchführung der Aufklärung sind deshalb behutsam zu werten, weil im Endeffekt nicht die grundsätzliche Einstellung zur aufklärenden Belehrung, sondern der Patient bestimmender Faktor sein wird.

   Nach WAITZKIN (39) ist jedoch die ärztliche Entscheidung zur Aufklärung nur eingeschränkt vom jeweiligen Patienten abhängig. Ärzte haben gewisse Regeln, Patienten zu klassifizieren, um sich dann für oder gegen die Aufklärung zu entscheiden. Wichtige Determinanten seien Beruf und Schichtzugehörigkeit.

   Nach OKEN (27) hingegen basieren Unterschiede in der Aufklärung zum weitaus größten Teil auf der unterschiedlichen Persönlichkeitsstruktur der Ärzte. Man findet nämlich größere Unterschiede in der Aufklärung verschiedener Ärzte als in der Aufklärung eines Arztes verschiedenen Patienten gegenüber.

B. Patientenangaben über die erhaltene Information sind ebenfalls behutsam zu werten, da, wie auch RASPE (31) in seiner Untersuchung zu bedenken gibt, Diskrepanzen zwischen Informiertheit und Informationsbedürfnissen der Patienten zu einem großen Teil methodischen Artefakten und den Patienten selbst zuzuschreiben sein können. Denn gerade "schlechte Nachrichten" werden oftmals mißverstanden, verdrängt und vergessen.

   Diese Argumente werden jedoch z.T. durch amerikanische

Untersuchungen von GOLDEN, JACOBS, KORSCH, WAITZKIN (16, 20, 23, 39) widerlegt, die dokumentierten, daß Ärzte Bedürfnisse der Patienten nach Information in einem hohen Maße verfehlt hatten, nicht zuletzt dadurch, weil sie klaren Fragen der Patienten auswichen oder sie unverständlich oder nicht eindeutig beantworteten.

C. Da die Angaben der Ärzte nicht den Angaben der von ihnen behandelten Patienten gegenübergestellt werden konnten, könnte die Vergleichbarkeit der Kollektive in Frage gestellt werden. Größere Fehler wurden jedoch durch die auslesefreien Kollektive vermieden. Ziel dieser Untersuchung war außerdem, Tendenzen aufzuzeigen. Differenzen sollten unter dem Aspekt interpretiert werden, daß Patienten hohe Informationsbedürfnisse haben, Ärzte diese erkennen und anerkennen, daß sich Patienten jedoch in der Realität schlecht aufgeklärt zeigen.

VII. Zusammenfassung

Zur Untersuchung der Frage, wie ausführlich die Aufklärung bei Patienten mit gynäkologischen Carcinomen ist, wurden in zwei Kollektiven Aussagen von Ärzten mit Aussagen von Patienten verglichen. Folgende Tendenzen waren feststellbar: (die in Klammern gesetzten Buchstaben beziehen sich auf die Numerierung im Ergebnis- und Diskussionsteil).

A. Allgemeine ärztliche Einstellung zur Aufklärung (A)

1. 1/4 der Ärzte klären bei schlechter Prognose grundsätzlich nicht, 3/4 nur in Einzelfällen auf. Kein Klinikarzt, jedoch jeder vierte niedergelassene Frauenarzt lehnte eine Aufklärung bei schlechter Prognose grundsätzlich ab.

2. 3/4 der Ärzte glauben, daß Patienten bei schlechter Prognose nicht aufgeklärt werden wollen, was ihre Aufklärung über Diagnose und Prognose beeinflußt.

B. Angaben von Ärzten und Patienten über die Aufklärung im einzelnen ergaben größere Differenzen:

1. Bei der Aufklärung über die Diagnose werden "Krebs" und ähnliche, sachlich zutreffende Begriffe meist vermieden. Verharmlosende Worte sind die Regel. Beschönigende falsche Aussagen wurden von Patienten, nicht jedoch von Ärzten angegeben. Klinikärzte sagen eher die sachlich zutreffende Diagnose. Junge Frauen, Frauen mit höherer Schulbildung und aus größeren Orten werden häufiger mit der sachlich zutreffenden Diagnose aufgeklärt (D).

2. Bei der Aufklärung über eine Unterleibsoperation zeigten sich Patienten schlecht informiert, obgleich ärztlichen Angaben zufolge ausführliche Erklärungen gegeben worden sind. Jede zehnte Patientin gab an,

keine Erklärungen erhalten zu haben. Die Aufklärungen waren am ausführlichsten gegenüber jungen, verheirateten Patientinnen und Patientinnen aus größeren Städten (D).

3. Nur die Hälfte aller Patientinnen gab an, daß der Arzt mit ihnen über die sexuellen Beziehungen nach der Behandlung gesprochen habe. Patientinnen, bei denen dieses Thema nicht angesprochen wurde, zeigten sich stärker verunsichert. Nahezu alle Frauen, im höheren Alter allerdings abhängig vom Familienstand, wünschten, daß der Arzt dieses Thema mit ihnen durchsprechen sollte (D).

4. 15% der Patientinnen wollten mehr über weiteres Verhalten, Nebenwirkungen und Folgen der Therapie, 10% über Diagnose, Therapieablauf und Folgen der Therapie auf die Beziehung zum Partner erfahren (F).

5. Die differierenden Aussagen von Ärzten und Patienten in Bezug auf die Aufklärung in einzelnen Punkten korrelierten mit der Beurteilung der Aufklärung: mit Ausnahme der Prognose empfanden die Patientinnen die Aufklärung schlechter als die Ärzte ihre Aufklärung selbst beurteilten (G).

C. Ursachen von Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient

1. die Hälfte der Ärzte richtet die Ausführlichkeit der Aufklärung nach Bildungsstand und nach den von der Patientin gestellten Fragen, obgleich 1/5 der Patientinnen nie, 2/5 teilweise und nur 1/4 nach allem fragten, was sie interessierte (A,H).

2. Die Patientinnen führten folgende Gründe an, weshalb sie keine Fragen an den Arzt richteten: Angst,

Schlimmes zu erfahren, Vertrauen in den Arzt, Formulierungsschwierigkeiten, Angst, unwissend zu erscheinen, Peinlichkeit der Fragen, Angst, daß der Arzt die Fragen nicht beantwortet. Einige dieser Gründe wurden von Ärzten nicht erkannt oder unterschätzt (H).

D. Krankheitsverarbeitung

1. Jede vierte Patientin gab an, ihre Erkrankung psychisch nicht verkraftet zu haben. Vermehrt vertreten waren darunter Patientinnen mit Mamma-Carcinom (I).

2. Als wichtigste Faktoren zur Bewältigung der Erkrankung wurden Familie, Religion und gute Betreuung genannt (I).

3. Unter guter Betreuung wurde weniger die medizinische als die menschliche Seite der Behandlung verstanden (I).

4. 1/3 der Ärzte sahen sich eher nur für medizinische, 2/3 auch für menschliche Probleme der Patientin zuständig (K).

E. Arzt und Angehörige

1. Die Hälfte der Ärzte, besonders jedoch Klinikärzte, beziehen die Angehörigen in die Aufklärung mit ein. Besonders niedergelassene Frauenärzte sprechen nur bei schlechter Prognose auch mit der Familie (B).

2. 2/3 der Patienten wünschen, daß ihre Angehörigen in die Aufklärung des Arztes miteinbezogen werden (B).

3. Nach Angaben der Ärzte informieren sie die Angehörigen nur über die Prognose besser als Patienten (G).

VIII. Originalfassung der Fragebogen

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?

2. Berufstätigkeit (jetzige oder frühere)
   - ungelernte Arbeiterin
   - Facharbeiterin
   - Angestellte und Beamte des einfachen und mittleren Dienstes
   - Angestellte und Beamte des gehobenen und höheren Dienstes
   - selbständig
   - Hausfrau

3. Sind Sie jetzt noch in Ihrem Beruf tätig?
   - ja
   - nein, ich habe aufgehört
   - nein, ich bin jetzt Rentnerin

4. Sind Sie
   - ledig
   - verheiratet
   - geschieden
   - verwitwet

5. Konfession
   - römisch-katholisch
   - evangelisch
   - andere Glaubensgemeinschaften
   - konfessionslos

6. Haben Sie Kinder?
   - ja
   - nein

7. Einwohnerzahl Ihres Ortes
   - unter 5000 Einwohner
   - 5000 bis 10.000 Einwohner
   - über 10.000 Einwohner

8. Schulausbildung
   - Volksschulausbildung
   - Mittlere Reife
   - Abitur
   - Studium mit Abschluß
   - Studium ohne Abschluß

9. Ich ging aus folgenden Gründen zum Arzt:
   - [ ] ich ging wegen einem Frauenleiden zum Arzt
   - [ ] ich ging wegen anderen Beschwerden zum Arzt, und zwar wegen (bitte anführen) .....
   - [ ] von Bekannten wurde mir geraten, einmal zum Arzt zu gehen
   - [ ] zur Krebsvorsorgeuntersuchung

10. Gingen Sie schon vor Ihrer jetzigen Erkrankung zur Vorsorgeuntersuchung?
   - [ ] nein, noch nie
   - [ ] es war die erste Vorsorgeuntersuchung
   - [ ] ja, aber unregelmäßig und in größeren Zeitabständen als ein Jahr
   - [ ] ja, und zwar jährlich oder in noch kürzeren Abständen

11. Als ich zum Arzt ging, hatte ich folgende Beschwerden:
   - [ ] Schmerzen im Unterbauch
   - [ ] andere Schmerzen
   - [ ] außergewöhnliche Blutung
   - [ ] stärkeren Ausfluß als sonst
   - [ ] Juckreiz
   - [ ] Gewichtsabnahme
   - [ ] Zunahme des Bauchumfanges
   - [ ] Knoten, zum Beispiel in der Brust
   - [ ] Beschwerden beim Wasserlassen
   - [ ] ich hatte andere Beschwerden (bitte anführen).....
   - [ ] ich hatte keine Beschwerden

12. Beim ersten Auftreten von Beschwerden ging ich zum Arzt innerhalb von
   - [ ] 14 Tagen
   - [ ] 2 Monaten
   - [ ] später

13. Ich ging nicht sofort zum Arzt
   - [ ] entfällt, weil ich sofort zum Arzt ging
   - [ ] weil ich hoffte, die Beschwerden würden von selbst aufhören
   - [ ] weil ich meine Beschwerden nicht so ernst nahm
   - [ ] weil ich nicht wußte, zu welchem Arzt ich gehen sollte
   - [ ] weil ich nicht gerne zum Frauenarzt gehe
   - [ ] weil ich andere Sorgen hatte, so daß ich diese Beschwerden nicht so wichtig nahm
   - [ ] weil ich wenig Zeit hatte
   - [ ] weil ich ähnliches schon öfters hatte, ohne daß dies ernste Gründe hatte

aus anderen Gründen; wenn ja, welche? (bitte anführen) .....

14. Haben Sie selbst vor Ihrem Arztbesuch eine Erklärung für Ihre Beschwerden gesucht?
    nein
    ja, ich glaubte, daß es mit den Wechseljahren zusammenhängen würde
    ich hatte gleich Angst, daß es etwas Schlimmeres sein könnte
    ich glaubte, dies stehe im Zusammenhang mit einer früheren Krankheit
    eine Bekannte hatte ähnliche Beschwerden, und ich vermutete, daß meine Erkrankung ähnlich sei
    ich hatte eine andere Erklärung für diese Beschwerden, nämlich (bitte anführen) .....
    .....

15. Zu welchem Arzt gingen Sie zuerst?
    zum Hausarzt
    zum niedergelassenen Frauenarzt
    zum Krankenhausarzt
    zu einem anderen Facharzt
    zum Heilpraktiker

16. Dieser Arzt
    hat mich frauenärztlich untersucht
    hat mich nicht frauenärztlich untersucht
    hat mich zuerst mit Medikamenten behandelt
    hat mich zur Kontrolle wiederbestellt
    hat mich an einen Frauenarzt überwiesen
    hat mich in die Klinik überwiesen
    hat mich stationär aufgenommen

Die folgenden zwei Fragen sind nur zu beantworten, wenn der erste Arzt, zu dem Sie gingen, Ihr Hausarzt war.

17. Mein Hausarzt besprach mit mir, womit die Beschwerden zusammenhängen könnten
    nein
    ja, aber er hatte nicht recht
    ja, und er hatte recht
    ja, aber ich weiß nicht, ob er recht hatte

18. Mein Hausarzt besprach mit mir die Behandlung
    ja
    nein

19. Ich wurde in die Universitäts-Frauenklinik eingewiesen vom
- ☐ Hausarzt
- ☐ niedergelassenen Frauenarzt
- ☐ Krankenhausarzt

20. Ich wurde in die Frauenklinik Tübingen mit folgender Erklärung überwiesen:
- ☐ er selbst führe keine gynäkologischen Untersuchungen durch
- ☐ weil in der Klinik weiter untersucht und weiterbehandelt werden kann

21. Was wurde Ihnen über die Art Ihrer Erkrankung gesagt? Mir wurde gesagt, ich hätte
- ☐ eine Entzündung
- ☐ eine Entzündung, die nicht heile
- ☐ eine Zyste
- ☐ ein Myom
- ☐ eine Gebärmuttersenkung
- ☐ einen Gebärmuttervorfall
- ☐ veränderte Zellen
- ☐ eine gutartige Geschwulst
- ☐ ein Geschwür
- ☐ eine Wucherung
- ☐ Zellen, die nicht ganz gutartig sind
- ☐ Zellen zwischen gut- und bösartig
- ☐ einen Tumor
- ☐ bösartige Zellen
- ☐ eine bösartige Geschwulst
- ☐ ein Karzinom
- ☐ Krebs
- ☐ etwas anderes (bitte anführen) .....

22. Wer hat Ihnen diese Auskunft erteilt über die Art Ihrer Erkrankung?
- ☐ Hausarzt
- ☐ niedergelassener Frauenarzt
- ☐ Krankenhausarzt

23. Wie war Ihnen nach diesem Gespräch mit dem Arzt zumute?
- ☐ ich war gleich überzeugt, daß ich wieder gesund werden würde
- ☐ ich fühlte mich bei meinem Arzt gut aufgehoben
- ☐ ich war gefaßt
- ☐ ich war fassungslos
- ☐ ich war resigniert
- ☐ ich weinte sofort
- ☐ ich war erleichtert
- ☐ ich war verzweifelt

☐ ich zeigte keine Reaktion
☐ ich fühlte mich in einer Vorahnung bestätigt
☐ ich äußerte Selbstmordgedanken
☐ ich war beruhigt
☐ ich glaubte nicht an die Richtigkeit der Diagnose
☐ Sonstiges (bitte anführen) .....

24. Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Art Ihrer Erkrankung?

sehr gut — gar nicht
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

25. Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Behandlungsweise?

sehr gut — gar nicht
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26. Wie gut fühlen Sie sich informiert über die Behandlungsdauer?

sehr gut — gar nicht
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27. Wie gut fühlen Sie sich informiert über den Krankheitsverlauf?

sehr gut — gar nicht
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28. Wer informierte Sie insgesamt am besten?
☐ Hausarzt
☐ niedergelassener Frauenarzt
☐ Klinikarzt

29. Bei mir wurden folgende Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt:
☐ Gewebsentnahme
☐ Röntgenaufnahme
☐ Mammographie (Durchleuchtung der Brust)
☐ Ausschabung
☐ Bestrahlung
☐ Radiumeinlagen
☐ Tabletten
☐ Spritzen

☐ Operation
☐ Blutuntersuchung
☐ Urinuntersuchung
☐ noch andere Untersuchungen (bitte anführen).....
☐ ich weiß nicht mehr

30. Beantworten Sie diese Frage nur, wenn bei Ihnen eine Gewebsentnahme oder eine Ausschabung gemacht wurde. Der Eingriff wurde folgendermaßen begründet:
☐ er wird deshalb gemacht, damit man entscheiden kann, was man weiterhin unternehmen muß
☐ es wird untersucht, ob es sich um eine Gewebsveränderung handelt
☐ der Arzt hat etwas anderes gesagt (bitte anführen) .....
☐ der Arzt hat keine Erklärung gegeben

31. Wurde bei Ihnen eine Unterleibsoperation durchgeführt?
☐ ja
☐ nein

32. Beantworten Sie diese Frage nur, wenn bei Ihnen eine Unterleibsoperation gemacht wurde. Der Arzt erklärte mir:
☐ welche Organe im Bauch sind
☐ was genau entfernt wird
☐ was nach der Operation zurückbleibt
☐ daß die Scheide zugenäht wird
☐ wo die Scheide zugenäht wird
☐ die Veränderungen der Funktion (zum Beispiel Verlust der Monatsblutung)
☐ nichts von obigem

33. Wurde bei Ihnen die Brust abgenommen?
☐ ja
☐ nein

34. Wurden Sie bestrahlt?
☐ ja
☐ nein

35. Bekamen Sie Radiumeinlagen?
☐ ja
☐ nein

36. Wie wurde bei Ihnen die Behandlung begründet? (Operation, Bestrahlung, medikamentöse Behandlung)
☐ es ist die Behandlung der Wahl

zur Sicherheit
als Vorbeugung
als Nachbehandlung
um kranke Zellen treffen zu können
der Arzt sagte etwas anderes, nämlich (bitte anführen) .....
keine Begründung
ich kann mich nicht mehr daran erinnern

37. Traten bei Ihnen Komplikationen nach der Behandlung auf?
ja
nein

38. Hat Ihnen gereicht, was der Arzt Ihnen über Ihre Krankheit und deren Behandlung sagte?
ja
nein

39. Wenn nein, was hätten Sie noch gerne gewußt?
den Grund, weshalb gerade diese Behandlungsmethode gewählt wurde
wie die Behandlung im einzelnen abläuft und wie weiterbehandelt wird
etwas über die Art der Erkrankung
ob die Behandlung irgendwelche Folgen für die Beziehung zu meinem Mann hat
welche Nebenwirkungen oder Folgen auftreten können
wie lange die Behandlung dauert
noch etwas über Dinge, die ich nicht verstanden hatte
wie ich mich weiter zu verhalten habe
Sonstiges (bitte anführen) .....
nichts mehr

40. Haben Sie den Arzt nach den Dingen gefragt, über die Sie gerne noch mehr gewußt hätten?
ja, nach allem
ja, teilweise
nein, überhaupt nicht

41. Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe, weshalb Patientinnen den Arzt nicht nach unklaren Dingen fragen?
sie haben Angst, unwissend zu erscheinen
sie wissen nicht, wie sie die Frage stellen können
manche Fragen sind peinlich
oft hat der Arzt wenig Zeit
weil sie glauben, der Arzt wird es schon recht machen

☐ weil sie Bekannte haben, die davon etwas verstehen und die sie ungezwungener fragen können
☐ weil sie Angst haben, etwas Schlimmes zu erfahren
☐ weil sie annehmen, daß der Arzt ihre Fragen nicht beantwortet
☐ weiß nicht

42. Sprach der Arzt von sich aus den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung an?
☐ ja
☐ nein

43. Was hat der Arzt über den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung gesagt?
☐ er sagte, daß nach der Unterleibs-Operation beziehungsweise Bestrahlung Geschlechtsverkehr möglich sei
☐ er sagte, daß keine Ansteckungsgefahr für meinen Partner besteht
☐ Sonstiges (bitte anführen) .....
☐ er sagte nichts über den Geschlechtsverkehr

44. Mit wem hat der Arzt über den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung gesprochen?
☐ er sprach nur mit mir
☐ er sprach nur mit meinem Mann
☐ er sprach mit meinem Mann und mir zusammen
☐ er sprach mit keinem von uns beiden

45. Seit der Operation beziehungsweise Bestrahlung habe ich Geschlechtsverkehr
☐ gleich oft wie vor der Behandlung
☐ häufiger als vor der Behandlung
☐ seltener als vor der Behandlung
☐ ich hatte schon längere Zeit vor der Behandlung keinen Geschlechtsverkehr

46. Sollte der Arzt vor einer Operation oder Bestrahlung mit der Patientin über die sexuelle Beziehung nach der Behandlung reden?
☐ er sollte dies mit jeder Patientin durchsprechen
☐ er sollte diesen Punkt nur ansprechen, wenn die Patientin danach fragt
☐ das ist nicht die Aufgabe des Arztes

47. Wenn der Arzt darüber spricht, mit wem sollte er nach Ihrer Meinung sprechen?
☐ er sollte nur mit der Patientin sprechen
☐ er sollte mit dem Ehemann alleine sprechen

er sollte mit der Patientin und ihrem Mann gemeinsam sprechen

48. Wo haben Sie sich über Ihre Krankheit informiert?
- Arzt
- Mitpatientinnen
- Bekannte, die etwas ähnliches hatten
- Bekannte, die darüber Bescheid wissen, zum Beispiel durch ihren Beruf
- Radio, Fernsehen
- Bücher, Zeitschriften
- anderswo (bitte anführen) .....

49. Hat der Arzt mit Ihrer Familie über Ihre Krankheit gesprochen?
- ja, ich war bei dem Gespräch dabei
- ja, aber ich war bei dem Gespräch nicht mit dabei
- nein
- ich weiß nicht

50. Wenn der Arzt mit Ihrer Familie gesprochen hat: geschah das auf Ihre Veranlassung?
- ja
- nein

51. Finden Sie, daß der Arzt mit der Familie über die Krankheit sprechen sollte?
- ja, immer
- ja, aber nur auf Veranlassung der Patientin
- nein
- weiß nicht

52. Haben Sie mit Ihrer Familie über Ihre Krankheit gesprochen?
- ja
- nein

53. Was hat Ihnen geholfen, mit Ihrer Krankheit fertig zu werden?
- feste Eingliederung im Familienleben
- feste Eingliederung im Beruf
- kein Beruf, folglich kein beruflicher Leistungsdruck
- eingehende Information
- Gefühl der guten Betreuung
- Religion
- Sonstiges (bitte anführen) .....
- ich bin noch nicht so recht mit meiner Krankheit fertig geworden

54. Was verstehen Sie unter "guter Betreuung"?
- [ ] daß der Arzt sich Zeit nimmt für die Besprechung von Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit
- [ ] eingehende Besprechung eines bevorstehenden ärztlichen Eingriffes (zum Beispiel Dauer des Eingriffes, eventuelle Schmerzhaftigkeit) mit dem Arzt
- [ ] freundliche Krankenschwestern
- [ ] Betreuung durch einen Seelsorger oder einen Psychologen, mit dem man über die Probleme sprechen kann
- [ ] Sonstiges (bitte anführen) .....

55. Sind Sie zufrieden mit der Betreuung durch Ihren Hausarzt?
- [ ] ja
- [ ] nein
- [ ] weiß nicht

56. Sind Sie zufrieden mit der Betreuung durch den niedergelassenen Frauenarzt?
- [ ] ja
- [ ] nein
- [ ] weiß nicht
- [ ] entfällt

57. Sind Sie zufrieden mit der Betreuung durch den Krankenhausarzt?
- [ ] ja
- [ ] nein
- [ ] weiß nicht

58. Sind Sie zufrieden mit der Betreuung durch die Krankenschwestern in der Klinik?
- [ ] ja
- [ ] nein
- [ ] weiß nicht

59. Finden Sie es hilfreich, wenn Sie mit jemandem offen über die Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit Ihrer Krankheit reden können?
- [ ] ja
- [ ] nein
- [ ] weiß nicht

60. Würden Sie darüber gerne mit Ihrem Arzt reden?
- [ ] ja
- [ ] nein
- [ ] weiß nicht

Zum Abschluß noch einige Fragen zum Fragebogen selbst:

Finden Sie es richtig, daß man solche Befragungen durchführt?

- ☐ ja, richtig
- ☐ ja, unter Umständen
- ☐ nein

Fanden Sie die Beantwortung der Fragen schwer?

- ☐ nein
- ☐ ja, teilweise
- ☐ ja, immer oder nahezu immer

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?
   [ ][ ]

2. Sind Sie
   [ ] Hausarzt
   [ ] niedergelassener Frauenarzt
   [ ] Klinikarzt

3. Werden Sie zu Hausbesuchen gerufen?
   [ ] häufig
   [ ] selten
   [ ] entfällt

4. Sind Sie im allgemeinen der erste Arzt, den die Patientin wegen einer gynäkologischen Erkrankung aufsucht?
   [ ] ja
   [ ] nein

5. Was machen Sie im allgemeinen bei Patientinnen mit gynäkologischen Beschwerden?
   [ ] gynäkologische Untersuchung
   [ ] Überweisung an den Frauenarzt
   [ ] Überweisung an die Klinik

6. Mit welcher Begründung schicken Sie die Patientin zum Facharzt bzw. in die Klinik?
   [ ] zur Abklärung
   [ ] Andeutung der evtl. weiteren Untersuchungsmethoden
   [ ] Andeutung des "Bösartigen"
   [ ] Andeutung der evtl. Behandlungsmethoden
   [ ] sonstige Begründung (bitte anführen) .....
   [ ] ohne Erklärung
   [ ] trifft für mich nicht zu, da ich Klinikarzt bin

7. Welches Verhalten trifft bei Ihren Patientinnen am ehesten zu?
   [ ] die Patientin wartet (ohne zu fragen) auf Erklärungen von seiten des Arztes
   [ ] die Patientin stellt Fragen
   [ ] Sonstiges (bitte anführen) .....

8. Welche Fragen werden Ihnen von Ihren Patientinnen gestellt?
   Geben Sie bitte die Häufigkeit an.

Fragen nach	häufig	selten	nie
Art der Erkrankung	[ ]		
Therapiebegründung	[ ]		
Therapieverlauf	[ ]		

	häufig	selten	nie
Therapienebenwirkungen oder -folgen			
Therapiedauer			
Folgen der Behandlung für die Beziehung zum Ehepartner			
unverstandenen Begriffen und Zusammenhängen			
weiterem Verhalten der Patientin			
Prognose			
Sonstigem (bitte anführen)			

9. Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe für evtl. Passivität der Patientinnen, wenn es um gynäkologische Erkrankungen geht?
Geben Sie bitte die Häufigkeit an.

	häufig	manchmal	völlig abwegig	weiß nicht
sie haben Angst, unwissend zu erscheinen				
sie wissen nicht, wie sie die Fragen stellen können (Formulierungsschwierigkeiten)				
manche Fragen sind peinlich (Tabuisierung sexueller Probleme)				
oft hat der Arzt wenig Zeit				
weil sie glauben, der Arzt wird es schon recht machen				
weil sie Bekannte haben, die davon etwas verstehen und die sie ungezwungener fragen können				
weil sie Angst haben, etwas Schlimmes zu erfahren				
weil sie annehmen, daß der Arzt ihre Fragen nicht beantwortet				
sonstige Gründe (bitte anführen).....				

10. Welche Punkte besprechen Sie bei der Aufklärung Ihrer Patientin?

- grobe Anatomie und Funktion des betroffenen Organes
- Funktionsausfall durch die Erkrankung
- Diagnose
- Therapieverlauf
- Therapiedauer
- Therapiebegründung
- Therapiefolgen

- [ ] Therapiekomplikationen
- [ ] Prognose nur bei "gutartigem" Verlauf der Erkrankung
- [ ] Prognose bei "gutartigem" und "bösartigem" Verlauf der Erkrankung
- Sonstiges (bitte anführen) .....
- entfällt

11. Welche Gesichtspunkte sind für Sie ausschlaggebend bei der Aufklärung?
- [ ] keine Aufklärung bei schlechter Prognose
- [ ] in Einzelfällen Aufklärung auch bei schlechter Prognose
- [ ] keine Aufklärung, wenn Sie den Eindruck haben, daß das Wissen um die Diagnose die Patientin sehr belastet
- ausführliche Aufklärung, wenn die Patientin danach fragt
- Sie warten ab, welche Fragen die Patientin stellt. Diese beantworten Sie wahrheitsgemäß, aber Sie sagen nicht mehr, als die Patientin fragt
- Bildungsstand der Patientin
- Sonstiges (bitte anführen) .....
- entfällt

12. Welche Worte wählen Sie, wenn Sie die Patientin über ein bösartiges Tumorleiden aufklären?
- Entzündung
- Entzündung, die nicht heilt
- [ ] Zyste
- veränderte Zellen
- gutartige Geschwulst
- Geschwür
- Wucherung
- Zellen, die nicht ganz gutartig sind
- Zellen zwischen gut- und bösartig
- Tumor
- bösartige Zellen
- bösartige Geschwulst
- Carcinom
- Krebs
- [ ] Tochtergeschwülste
- etwas anderes (bitte anführen).....
- entfällt

13. Wie begründen Sie eine Gewebsentnahme oder eine Ausschabung?
- [ ] damit man entscheiden kann, was man weiterhin unternehmen muß
- [ ] es wird untersucht, ob es sich um eine Gewebsveränderung handelt

☐ ich sage etwas anderes (bitte anführen).....
☐ ich sage nichts
entfällt

14. Wie begründen Sie eine Bestrahlungs-, Radium- oder Zytostatika-Therapie?
☐ zur Sicherheit
☐ als Vorbeugung
☐ zur Nachbehandlung
☐ es ist die Behandlung der Wahl
☐ um kranke Zellen treffen zu können
☐ ich sage etwas anderes (bitte anführen).....
☐ entfällt

15. Über welche Fakten klären Sie die Patientin im Falle einer Hysterektomie bzw. Adnexektomie auf?
☐ anatomische Verhältnisse vor der Operation
Totaloperation
☐ was entfernt wird
☐ was zurückbleibt
☐ daß die Vagina zugenäht wird
☐ wo die Vagina zugenäht wird
☐ funktionelle Veränderungen (z.B. Verlust der Menses)
☐ Konsequenzen für späteren Geschlechtsverkehr
☐ Sonstiges (bitte anführen).....
entfällt

16. Sprechen Sie von sich aus den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung an?
☐ ja
☐ nein
☐ entfällt
Was sagen Sie über den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung?
Bitte benützen Sie zur Beantwortung dieser Frage den freien Platz am Ende des Fragebogens.

17. Mit wem sprechen Sie über den Geschlechtsverkehr nach der Behandlung?
☐ nur mit der Ehefrau
☐ nur mit dem Ehemann
☐ mit beiden zusammen
☐ entfällt

18. Was macht nach Ihrer Erfahrung der Patientin die meisten Sorgen im Falle einer bevorstehenden Hysterektomie bzw. Ablatio mammae?
☐ Angst vor der Operation selbst

☐ Angst vor langem Krankenhausaufenthalt
☐ Angst, daß trotz Operation die Gefahr nicht beseitigt ist
☐ Gefühl der Patientin, keine vollwertige Frau mehr zu sein
☐ Angst vor Gewichtszunahme
☐ Sonstiges (bitte anführen).....

19. Was macht nach Ihrer Erfahrung der Patientin die meisten Sorgen im Fall einer bevorstehenden bzw. durchgeführten Bestrahlungs- und Radiumtherapie?
☐ Angst, daß der Herd nicht entfernt werden kann
☐ Angst, sich schon im Endstadium der Krankheit zu befinden
☐ Angst vor Strahlenschäden
☐ Gefühl der Patientin, keine vollwertige Frau mehr zu sein
☐ Angst vor dem Eingriff der Radiumeinlage (z.B. aufgrund von Erzählungen anderer Patientinnen)
☐ Sonstiges (bitte anführen).....

20. Glauben Sie, daß die Patientinnen bei schlechter Prognose tatsächlich aufgeklärt werden wollen?
☐ ja
☐ nein

21. Wie weit informieren Sie Ihre Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐

22. Wie weit informieren Sie Ihre Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Behandlungsweise	☐	☐	☐	☐	☐

23. Wie weit informieren Sie Ihre Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Behandlungsdauer	☐	☐	☐	☐	☐

24. Wie weit informieren Sie Ihre Patientinnen bezüglich der

	sehr gut			gar nicht
Prognose	☐	☐	☐	☐

25. Wie reagieren die Patientinnen auf die Aufklärung? Geben Sie bitte bei jeder Reaktionsweise die Häufigkeit an.

	die meisten	viele	wenige
sie sind überzeugt, daß sie wieder gesund werden	☐	☐	☐
sie fühlen sich beim Arzt gut aufgehoben	☐	☐	☐
gefaßt	☐	☐	☐
fassungslos	☐	☐	☐
resigniert	☐	☐	☐
weint sofort	☐	☐	☐
verzweifelt	☐	☐	☐
zeigt keine Reaktion	☐	☐	☐
fühlt sich in Vorahnung bestätigt	☐	☐	
äußert Selbstmordgedanken	☐	☐	☐
glaubt nicht an Richtigkeit der Diagnose	☐	☐	☐
Sonstiges (bitte anführen)	☐	☐	☐

26. Kommt es vor, daß Patientinnen die Befürchtung äußern, nicht die volle Wahrheit zu erfahren?
- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ nie

27. Angenommen, die Patientin hat trotz Ihrer Aufklärung die Problematik ihrer Krankheit nicht verstanden. Worauf führen Sie das am ehesten zurück?
- ☐ Kommunikationsschwierigkeiten
- ☐ Verdrängung seitens der Patientin
- ☐ Hoffnung auf Genesung wurde durch die Aufklärung über die Krebsdiagnose nicht genommen
- ☐ Sonstiges (bitte anführen).....

28. Sprechen Sie mit der Familie Ihrer Patientin?
- ☐ nein, ich spreche im allgemeinen nur mit der Patientin
- ich spreche im allgemeinen nur mit der Patientin; mit den Angehörigen spreche ich nur bei sehr schlechter Prognose, die ich der Patientin nicht mitteilen möchte

☐ ich spreche im allgemeinen sowohl mit der Patientin als auch mit den Angehörigen
☐ ich spreche nur mit den Angehörigen

29. Wenn Sie mit den Angehörigen sprechen, dann
☐ im Beisein der Patientin
☐ in Abwesenheit der Patientin
☐ entfällt

30. Wenn Sie mit den Angehörigen sprechen, tun Sie dies
☐ nur auf Veranlassung der Patientin
☐ allgemein immer
☐ entfällt

31. Wie beurteilen Sie die Aufklärung der Angehörigen Ihrer Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐

32. Wie beurteilen Sie die Aufklärung der Angehörigen Ihrer Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Behandlungs-weise	☐	☐	☐	☐	☐

33. Wie beurteilen Sie die Aufklärung der Angehörigen Ihrer Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Behandlungs-dauer	☐	☐	☐	☐	☐

34. Wie beurteilen Sie die Aufklärung der Angehörigen Ihrer Patientinnen bezüglich der

	sehr gut				gar nicht
Prognose	☐	☐	☐	☐	☐

35. Wie beurteilen Sie die folgenden Faktoren im Hinblick auf die Bewältigung der Krankheit?

	begünstigt	kein Einfluß	hindert	weiß nicht
feste Integration im Familienleben	☐	☐	☐	☐
feste Integration im Beruf	☐	☐	☐	☐

kein Beruf, folglich kein beruflicher Leistungsdruck	☐	☐	☐	☐
eingehende Aufklärung	☐	☐	☐	☐
geringe Aufklärung	☐	☐	☐	☐
höherer Bildungsstand	☐	☐	☐	☐
niederer Bildungsstand	☐	☐	☐	☐
hoher Sozialstatus	☐	☐	☐	☐
höheres Lebensalter	☐	☐	☐	☐
jüngeres Lebensalter	☐	☐	☐	☐
Religion	☐	☐	☐	☐
Krankheit als plötzliches Ereignis	☐	☐	☐	☐
längere Vorerkrankung	☐	☐	☐	☐
Motivation zur Gesundung	☐	☐	☐	☐
Gefühl des "Nichtaufgegebenseins"	☐	☐	☐	☐
Erfolgserlebnisse bei der Therapie	☐	☐	☐	☐
Gefühl der guten Betreuung	☐	☐	☐	☐
positive Einstellung zur Therapie	☐	☐	☐	☐
Operation	☐	☐	☐	☐
Bestrahlung	☐	☐	☐	☐
Sonstiges (bitte anführen).....	☐	☐	☐	☐

36. Wenn Sie der Hausarzt sind:
Kommen die Patientinnen nach der Behandlung beim Frauen- bzw. Klinikarzt wegen ihrer Krebserkrankung im allgemeinen zu Ihnen?
☐ ja
☐ nein
☐ entfällt

37. Wenn Sie vorige Frage mit "ja" beantwortet haben:
Aus welchem Grund kommt die Patientin zu Ihnen?
☐ sie will Näheres wissen
☐ sie hat den Frauen- bzw. Klinikarzt nicht verstanden
☐ die Patientin fragt Sie um Ihre Ansicht zu der beim Facharzt bzw. in der Klinik gestellten Diagnose
☐ zur Klärung persönlicher Probleme
☐ sonstige Gründe (bitte anführen).....

38. Wie verhalten Sie sich, wenn die Patientin später wegen einer anderen Erkrankung zu Ihnen kommt?
- ich spreche sie auf ihre Krebserkrankung an
- ich spreche mit ihr, wenn sie die Sprache darauf bringt
- bei evtl. Fragen verweise ich sie auf den Facharzt bzw. an die Klinik
- Sonstiges (bitte anführen).....

39. Wenn Sie der niedergelassene Frauenarzt sind: Kommen die Patientinnen nach der Behandlung in der Klinik im allgemeinen zu Ihnen?
- ja
- nein
- entfällt

40. Wenn Sie vorige Frage mit "ja" beantwortet haben: Aus welchem Grund kommt die Patientin zu Ihnen?
- sie will Näheres wissen
- sie hat den Klinikarzt nicht verstanden
- die Patientin fragt Sie um Ihre Ansicht zu der in der Klinik gestellten Diagnose
- zur Klärung persönlicher Probleme
- zur Nachsorge
- Sonstiges (bitte anführen).....

41. Wie würden Sie als der behandelnde Arzt die Beziehung zum Großteil Ihrer Patientinnen charakterisieren?
- ich fühle mich hauptsächlich kompetent für medizinische Fragen
- ich fühle mich kompetent für medizinische Fragen und als Berater für unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängende Probleme
- ich fühle mich kompetent für medizinische Fragen und als Berater für unmittelbar und nicht unmittelbar mit der Krankheit zusammenhängende Probleme, im Sinne eines "Vertrauten"
- Sonstiges (bitte anführen).....

42. Finden Sie es richtig, daß man solche Befragungen durchführt?
- ja, richtig
- ja, unter Umständen
- nein

IX. Literaturverzeichnis

(1) Addie, T.:
Typical patient and family attitudes
Publ Hlth Rep 67, 960-962 (1952)

(2) Aitken-Swan, J., E.C. Easson:
Reactions of cancer patients on being told their diagnosis
Brit Med J 1, 779-83 (1959)

(3) Amias, A.G.:
Sexual life after gynaecological operations -I-
Brit Med J 2, 608-609 (1975)

(4) Amias, A.G.:
Sexual life after gynaecological operations -II-
Brit Med J 2, 680-681 (1975)

(5) Beck, D., U. König, P. Blaser, R. Meyer, J. Styk, O. Ryhiner
Zur Psychosomatik des Mamma-Carcinoms
Z psycho-somat Med 2, 101-117 (1975)

(6) Bernstein, B.:
Social class speech systems and psycho-therapy
Brit J soc 15, 54-64 (1964)

(7) Cartwright, A.:
Human relations and hospital care
Routledge and Kegan Paul, London 1964

(8) Cockerill, E.E.:
The cancer patient as a person - His needs and problems
Pub Health Nurs 40, 70-83 (1948)

(9) Commazzi, A.M.:
Psychological problems and communication with breast-cancer patients.
Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine, 22. - 26.09.1974

(10) Demling, L., Flügel, H.:
Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes?
D med Ws 31, 1587-89 (1975)

(11) Drunkenmölle, C.:
Psychologische Untersuchungen bei Patientinnen mit Mammakarzinom (Pilotstudie)
Psychiatria clin. 8, 127-139 (1975)

(12) Erickson, R., Hyderstay, B.J.:
The dying patient and the double-bind hypothesis
OMEGA 5 (4), 287-298 (1974)

(13) Feifel, H.:
Death
N.G. Faberow (ed), Taboo Topics, New York, Atherton 1963, 8-21

(14) Fitts, W.T., Ravdin, J.S.:
What Philadelphia physicians tell patients with cancer
JAMA 7, 901-904 (1953)

(15) Friedmann, H.J.:
Physician Management of dying patients: an exploration
Psychiatry in Medicine 1 (4), 295-305 (1970)

(16) Golden, J.S., Johnston, G.D.:
Problems of distortion in doctor - patient communications
Psychiatry in Medicine 1, 127-149 (1970)

(17) Heyde, W., Aban, P.:
Eheliche Konflikte bei behandelten gynäkologischem und Mamma-Karzinom
Prax Psychother 18 (2), 49-54 (1973)

(18) Hinton, J.M.:
The physical and mental distress of the dying
Quart J Med 32, 1-21 (1963)

(19) Hinton, J.M.:
The influence of previous personality on reactions to having terminal cancer
OMEGA 6 (2), 95-111 (1975)

(20) Jacobs, J.:
Perplexity, confusion and suspicion
Soc Sci Med 5, 151-157 (1971)

(21) Janis, J.L.:
Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients
Wiley, New York 1958

(22) Kelly, W.D., Friesen S.R.:
Do cancer patients want to be told?
Surg 27 (6), 822-826 (1950)

(23) Korsch, B.M., Gozzi, E.K., Francis, V.:
Gaps in doctor - patient - communication
Pediat 42, 855-871 (1968)

(24) Kübler-Ross, E.:
Interviews mit Sterbenden, 5.Aufl Stuttgart:
Gütersloher Verlagshaus 1976

(25) Litin, E.M.:
Should the cancer patient be told?
Postgr. Med 28, 470-475 (1960)

(26) Lund, Ch.C.:
The doctor, the patient and the truth
Ann Int Med 24, (6), 955-959 (1946)

(27) Oken, D.:
What to tell cancer patients - A study of medical attitudes
JAMA 175 (13), 1120-28 (1961)

(28) Palmer, J.W.:
Staff-patient communications in a chest hospital
Brit J Prev Soc Med 20, 195-201 (1966)

(29) Parkes, C.M.:
Comment: Communication and cancer - A social psychiatrist's view
Soc Sci Med 8, 189-190 (1974)

(30) Pemberton, L.B.:
Should we tell the truth? Diagnosis Ca.
Bull Am Coll Surg 56, 7-13 (1971)

(31) Raspe, H.-H.:
Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten
Med Klin 71 (23), 1016-1020 (1976)

(32) Reader, G., Pratt, L., Mudd, M.C.:
What patients expect from their doctors
Mod Hosp 89, 88-94 (1957)

(33) Reeves, R.B.:
To tell or not to tell the patient
Death and Bereavement, Ed Austin H. Kutscher
Springfield, Illinois, USA 1969, 5-9

(34) Renneker, R.:
Psychologic impact of cancer
Year book of cancer, 1956/57 (1957), 546-552

(35) Renneker, R., Cutler, M.:
Psychological problems of adjustment to cancer of the breast
JAMA, 148 (10), 833-838 (1952)

(36) Rennick, D.:
What should physicians tell cancer patients?
New Medical Materia, 2, 51-53 (1960)

(37) Simonton, O.C., Simonton, S.S.:
Belief Systems and management of the emotional aspects of molignancy
J Transpers Psych 7 (1), 29-47 (1975)

(38) Vincent, C.E., Vincent, B., Linton, E.B.:
Some marital - sexual concomitants of carcinoma of the cervix
South Med J 68 (5), 552-558 (1975)

(39) Waitzkin, H., Stoeckle, J.D.:
The communication of information about illness
Adv psychos med 8, 180-215 (1972)

An dieser Stelle möchte ich für die Unterstützung recht herzlich danken :

Herrn Dr. Dietz, Institut für medizinische Biometrie
Herrn Dr. Eichenseher und Herrn Wolf, Abteilung für medizinische Datenverarbeitung
Frau R. Hannak, Diplompsychologe
Frau E. Knöpfle, cand. med.

Mein besonderer Dank gilt Herrn OA Dr. K. Drähne für die Anregung zu dieser Arbeit und die allzeit freundliche Unterstützung sowie Herrn Professor Dr. S. Kunz für die Überlassung dieses Themas.

Lebenslauf

Am 6. Februar 1953 wurde ich, Irmtraud Kaufmann, als Tochter des Wilhelm Kaufmann und seiner Ehefrau Elsbeth, geborene Huber, in Tuttlingen geboren.

Dort besuchte ich die Volksschule, wechselte 1964 auf die Realschule, 1967 auf das Mathematisch-Naturwissenschaftliche Gymnasium über und erwarb 1972 das Reifezeugnis.

Im Wintersemester 1972/73 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Hohenheim. Seit dem Wintersemester 1973/74 studierte ich an der Universität Tübingen. Im März 1975 legte ich die Ärztliche Vorprüfung ab. Das Praktische Jahr absolvierte ich im Kreiskrankenhaus Böblingen in den Fächern Innere Medizin und Chirurgie und an der Neurologischen Universitätsklinik Tübingen im Wahlfach Neurologie. Am 26. Oktober 1979 schloß ich die Ärztliche Prüfung an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen ab.